

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES – SCHLA  
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA - DEAN**

**FERNANDO JOSÉ CIELLO**

**SAÚDE MENTAL, LOUCURA E SABERES: REFORMA PSIQUIÁTRICA,  
INTERAÇÕES E IDENTIDADES EM UMA CLÍNICA-DIA.**

**CURITIBA  
2013**

**FERNANDO JOSÉ CIELLO**

**SAÚDE MENTAL, LOUCURA E SABERES: REFORMA PSIQUIÁTRICA,  
INTERAÇÕES E IDENTIDADES EM UMA CLÍNICA-DIA.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, do Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Paraná, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Dra. Liliana de Mendonça Porto  
Co-orientadora: Dra. Laura Pérez Gil

**CURITIBA  
2013**

Catálogo na publicação  
Cristiane Rodrigues da Silva – CRB 9/1746  
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Ciello, Fernando José

Saúde mental, loucura e saberes: reforma psiquiátrica, interações e identidades em uma clínica-dia / Fernando José Ciello – Curitiba, 2013.  
167 f.

Orientadora: Profª Drª Liliana de Mendonça Porto.

Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Paraná.

1. Antropologia Social – Dissertação. 2. Reforma psiquiátrica.  
3. Identidade. I. Título.

CDD 304.2

### PARECER DA BANCA EXAMINADORA

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Paraná (PPGAS) para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **Fernando José Ciello**, intitulada: *"Saúde mental, loucura e saberes: reforma psiquiátrica, interações e identidades em uma clínica-dia"* após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua *aprovação*, completando-se assim todos os requisitos previstos nas normas desta Instituição para a obtenção do Grau de **Mestre em Antropologia Social**.


Considerações adicionais da Banca Examinadora:

.....  
.....  
.....

Curitiba, 18 de novembro de 2013.

  
Prof. Dra. Edilene Coffaci de Lima  
Presidente da Banca Examinadora

  
Prof. Dra. Marina Denise Cardoso (UFSCar)  
1º Examinadora

  
Prof. Dr. Paulo Renato Guérios (PPGAS/UFPR)  
2º Examinador

**103ª ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO  
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ANTROPOLOGIA  
SOCIAL**

Ao décimo oitavo dia do mês de novembro de dois mil e treze, às quatorze horas, na Sala 1010 - 10º andar, Edifício D. Pedro I, do Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná (SCH/UFPR), foram instalados os trabalhos de arguição do mestrando **Fernando José Ciello** para a Defesa Pública de sua Dissertação intitulada: "Saúde mental, loucura e saberes: reforma psiquiátrica, interações e identidades em uma clínica-dia", orientada pela professora doutora Liliana de Mendonça Porto. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Paraná (PPGAS/UFPR), foi constituída pelos seguintes Professores Doutores: Edilene Coffaci de Lima, presidente da sessão, Marina Denise Cardoso (UFSCar) e Paulo Renato Guérios (PPGAS/UFPR). Dando início à sessão, a presidente passou a palavra ao aluno, para que o mesmo expusesse seu trabalho aos presentes. Em seguida, a presidente da sessão passou a palavra a cada um dos Examinadores, para suas respectivas arguições. O aluno respondeu a cada um dos arguidores. A presidente retomou a palavra para suas considerações finais e, depois, solicitou aos presentes e ao mestrando que deixassem a sala. A Banca Examinadora, então, reuniu-se sigilosamente para discussão de suas avaliações, e decidiu pela aprovação do aluno. O mestrando foi convidado a ingressar novamente na sala, bem como os demais assistentes, após o que a presidente da sessão fez a leitura do Parecer da Banca Examinadora, outorgando-lhe o Grau de **Mestre em Antropologia Social**. Nada mais havendo a sessão foi encerrada, da qual eu, Paulo Marins Gomes, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Curitiba, 18 de novembro de 2013.

  
Paulo Marins Gomes

  
Profa. Dra. Edilene Coffaci de Lima (Presidente)

  
Profa. Dra. Marina Denise Cardoso (UFSCar)

  
Prof. Dr. Paulo Renato Guérios (PPGAS/UFPR)

## AGRADECIMENTOS

Momento algo egóico e hipócrita da vida acadêmica é a escrita dos agradecimentos. Na expectativa de que ausências e falhas sejam redimidas por meio de alguns parágrafos, rapidamente escrevemos nossos sentimentos. Em geral, se deve dizer, com bem menos habilidade do que faríamos em outras esferas. Treinados para a aridez do texto, o extravasamento das sensações nem sempre conforta.

Entretanto, não farei diferente. E, para piorar, farei também de um modo um pouco longo.

Escrevo estas poucas páginas envolvido na mais profunda vontade de endereçar este trabalho como “prova” para meus interlocutores, parentes e amigos de que algo pode ser retirado daqui. Que me perdoem os leitores, mas não consigo não pensar que “algo aqui” está sendo “dado”, que “devo” este trabalho para várias pessoas, sobretudo para muitos de meus interlocutores que ao longo da pesquisa ‘pediram para que o mundo parasse para que descessem’, após bravamente lutarem.

Minha mãe, dona Dirce, é a pessoa que mais deve ser agradecida neste momento. Tem me respeitado e me aceitado desde muito tempo, seja em minhas escolhas pessoais ou acadêmicas. Além de ter sido a pessoa que me alfabetizou – literal e metaforicamente – para todos os afazeres da vida, é também – digo com orgulho – a pessoa que de longe, e de perto, mais me conhece, o que a torna uma autoridade em matéria de “mim” e uma grande juíza de meus atos. É alguém tão especial que a mera escrita provoca lágrimas.

Meu pai, seu José, tem tido o trabalho de aguentar um filho ‘não tão comum’ no seio de uma família ‘tradicionalmente italiana do velho-oeste’. Papel que sempre desempenhou brilhantemente, com tal paciência e respeito que outros em sua posição não teriam sido capazes. Sem ele nada disto teria sido possível, pelo suporte e pelos ensinamentos mais variados que se pode imaginar: desde “carpir lote”, como lá se diz (embora eu tenha uma retumbante inaptidão para tal trabalho), até cozinhar arroz. Sua presença em minha vida é algo muito forte, como suas longas e estridentes risadas e sua personalidade envolvente.

Cristiane, Marcos, Juliana e Junior, respectivamente irmã, irmão, cunhada e cunhado, são as alegrias mais constantes e vibrantes que eu poderia ter encontrado. Eles tiveram o duro quinhão de ter um Cientista Social estragando almoços de domingo e questionando suas verdades de mundo por anos a fio. Aprendemos juntos nossos limites e descobrimos a beleza da irmandade e do companheirismo. De minha convivência com meus irmãos, guardo lembranças incríveis, de amor, de carinho, de respeito, de cuidado, que jamais serão

esquecidas. De meus cunhados encontrei apoio e respeito que jamais esperaria. O encontro destes sujeitos em minha vida é providencial e inesquecível.

À minha família, sumariamente lembrada acima, agradeço muito por todo o suporte ao longo do mestrado. Teria sido impossível sem vocês.

Um agradecimento deve ser dirigido ao curso de Ciências Sociais da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), onde me graduei. Em especial para a professora Yonissa Marmitt Wadi, minha orientadora na graduação e em tantos projetos de iniciação científica. Além de brilhante como historiadora, sua paixão pela pesquisa em Ciências Humanas, seu entusiasmo nas lutas políticas, foram marcos importantes em minha formação. É fruto de sua orientação não somente a grande área desta pesquisa, mas também a possibilidade de conhecer a instituição na qual realizei pesquisa de campo.

Ao Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Paraná (DEAN/UFPR), agradeço não somente pela oportunidade de ter feito parte de seu Programa de Pós-Graduação, mas a possibilidade de fazer contato com tão maravilhosas pessoas. Antropólogos e antropólogas que ficarão para sempre em minha memória, em especial minhas orientadoras, professoras Liliana Porto e Laura Gil, já para mim insignes antropólogas e a síntese viva do que considero boa antropologia; professora Andréa Carvalho, participante ativa da pesquisa desde a qualificação, tendo dado conselhos importantes e sugerido bibliografias cruciais para o trabalho; e professora Edilene Coffaci, por ter auxiliado em momentos de campo difíceis e por ter sempre incentivado a pesquisa e a boa resolução de aspectos burocráticos da mesma.

Agradeço também a meus colegas de mestrado, que compartilharam um pouco desta vida durante este período, especialmente Caroline Blum, Guilherme Nanini, Lucas Cimbaluk, Elton Colini e Tiemi Kayamori, com quem tive a oportunidade de partilhar tristezas e alegrias durante este período.

Ao Alex, meu querido amigo e companheiro, pelos tantos momentos vividos e por ter estado comigo bravamente ao longo da pesquisa de campo, da escrita da dissertação e de tantas questões que a “vida no mestrado” e em outra cidade suscitou. É incrível estar contigo.

Agradeço imensamente aos amigos que a vida em Curitiba me fez aproximar: Rodrigo Müller, Arilda Arboleya e Iara Maria. Vocês são pessoas especiais para mim e, seguramente, repousa na memória e no coração tudo o que fizemos juntos ao longo deste período. Lembrarei carinhosamente das infindáveis conversas, dos deliciosos almoços e jantares, dos inúmeros passeios, dos conselhos e puxões de orelha. Recebi de vocês um suporte que jamais imaginei receber de quaisquer pessoas. Pelo Rodrigo sinto carinho e admiração gigantescos. Com ele vivenciei grandes momentos ao longo dos últimos anos. Aprendemos juntos os

truques da cidade e dançamos juntos os mais diversos estilos, no inesquecível quarto de pensão que dividimos.

À Attiliana Casagrande, colega de *loucura* nos últimos anos, que sugeriu bibliografias e compartilhou o interesse pela saúde mental. À Michele Coelho, minha professora de canto, incentivadora de planos futuros e “ouvido” para cantorias e para as tristezas afetivas e acadêmicas ao longo dos últimos tempos. Ao Edmar Antonio, pelo ouvido atento e pela preocupação com o andamento do trabalho. Obrigado por terem feito parte da minha vida neste período, por todo o auxílio, carinho e paciência.

Agradeço às minhas parceiras e amigas de Ciências Sociais desde a graduação, Dayanne Paetzold, Denize Reffati e Julia Machado. Compartilhei com elas durante todo o período de mestrado as mais diversas questões, amargamos juntos os períodos de pobreza e comemoramos juntos as alegrias, mesmo que à distancia. Obrigado por estarem comigo nesta caminhada.

A Beatriz Helena Furlanetto, por me apresentar o ambiente da clínica-dia e ter compartilhado comigo seus conhecimentos sobre aquele ambiente.

À professora Denise Marina Cardoso (UFSCar) e ao professor Paulo Renato Guérios (UFPR) membros da banca avaliadora, que contribuíram grandemente para a reflexão em torno do tema desta dissertação.

Aos interlocutores na clínica-dia agradeço a paciência e o respeito com que me acolheram, bem como a disposição que tiveram em compartilhar comigo suas histórias e intimidades.

À CAPES, pela concessão da bolsa de estudos que tornou possível a vida, em sua crueza cotidiana, ao longo de dois anos de pesquisa.



*O que posso vos dizer é que vejo aqui os fatos psicológicos como engrenagens e que não os vejo como causas, exceto nas montagens de criação ou de reforma. Os casos de invenção, de posição de princípios, são raros. Os casos de adaptação são de natureza psicológica individual. Mas geralmente são comandados pela educação, e no mínimo pelas circunstâncias da vida em comum, do convívio. (Mauss, 2003: 420)*

## **RESUMO**

O objetivo principal desta dissertação é oferecer uma leitura antropológica das práticas de tratamento para sujeitos em sofrimento psíquico a partir de pesquisa etnográfica conduzida entre 2011 e 2013 em uma clínica-dia do sul do Brasil. A dissertação toma a reforma psiquiátrica como um corpo de práticas e de discursos que, tendo se originado em um período anterior, orienta políticas públicas de saúde mental e ações de profissionais deste campo. A partir da ideia nativa de que as relações sociais são relevantes para a terapêutica e a para a melhora da saúde dos pacientes, busca-se apontar as conexões e interpretações nativas entre este contexto de reforma e a percepção de relações sociais e identidades como principais objetos e campos de atuação dos terapeutas. Para dar conta destas discussões, a dissertação se referencia em teorias sobre interações sociais e identidade e a produção cotidiana e dinâmica de categorias e representações de relevância para as ações sociais. A análise, situada em distintos momentos do texto, está acompanhada da descrição das atividades de profissionais e pacientes, e evidencia uma constante transformação da identidade de paciente, e uma manipulação de aspectos estigmáticos de suas identidades, o que conduz a processos dinâmicos e multirreferenciados de classificação e de simbolização das categorias médicas e dos próprios indivíduos. Observou-se que o tratamento empreendido traz para o cotidiano dos sujeitos da pesquisa e para as práticas terapêuticas uma busca por resolução de problemas principalmente nos campos do trabalho, da família e da religião; bem como da reiteração da noção de pessoa moderna como indivíduo. Sugere-se, ao final, que haja a necessidade de abordar o fenômeno do tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico atual como conjuntamente referenciado pelo discurso abrangente de reforma e de multiplicidade de saberes, bem como pela problemática da determinação interativa e cotidiana de categorias importantes para este campo. Entende-se que a noção de pessoa moderna individualizada seja crucial para entender este campo e que a partir do estudo deste contexto específico esta noção possa ser ampliada e complexificada, sobretudo ao considerar a associação entre as práticas terapêuticas e a noção de desenvolvimento pessoal como critério de saúde mental.

**Palavras-chave:** Clínica-dia; saúde-mental; identidade; saberes; noção de pessoa.

## ABSTRACT

The main objective of this dissertation is to offer, through an ethnographic research realized in an outpatient clinic the South of Brazil, an anthropological view of treatment practices for people suffering from psychic ailments. The thesis understands the movement of Psychiatric Reform as a group of practices and discourses that, although originated in a preceding moment, guides mental health public policies and professionals working in this area. By taking the native idea that social relations are relevant for the therapeutic procedures and for the treatment itself, we try to point out the native connections and interpretations between this reformation context and the perception of social interaction and identity as main goals and action fields for the therapists. In order to understand these discussions, the dissertation is referenced in identity and social interaction theories as well as in the day-by-day dynamic production of representations and categories that are relevant for social action. The analysis itself, which occurs in many moments of the text, is followed by the description of patients and professionals' activities. It reveals a constant transformation of the patient's identity, as well as a manipulation of stigmatic features of their identities, what leads to dynamic and multi referenced processes of classification and symbolization of medical categories and of individuals themselves. It was observed that the treatment realized in the outpatient clinic brings to the individual's everyday life, and to the therapeutic practices, a constant search for resolution of problems in the fields of work, family and religion; as well as the reaffirming of the modern notion of "person". It is suggested, in the end, that the phenomena of treatment for people under psychic suffering has to be analyzed as both referenced in the broader discourse of reform and knowledge complexity, and in the problem of day-by-day, interactive determination of important categories for this field. The individualized person concept is taken here as decisive and through the specific study of this research field we understand that this same concept can be both improved and deepened, especially considering the contemporary connection between therapeutic practices and personal development as criterion for mental health achievement.

**Key-words:** Outpatient clinic; mental health; identity; knowledges; person notion.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**AD** – Álcool e Drogas

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CD** – Clínica-dia

**CID** – Código Internacional de Doenças

**HD** – Hospital-dia

**PTS** – Projeto Terapêutico Singularizado

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TM** – Transtorno Mental

**TO** – Terapia Ocupacional

**TR** – Terapeuta de Referência (Técnico de Referência)

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
Reformas psiquiátricas, loucura e noção de pessoa.....	14
Marco teórico e de pesquisa. ....	26
Sumário da dissertação .....	29
 1.    SAÚDE MENTAL, LOUCURA E PESQUISA DE CAMPO: QUESTÕES “METODOLÓGICAS E AFETIVAS”. ....	 31
1.1.    Entrada em campo, processo de pesquisa e questões gerais sobre a abordagem terapêutica na Clínica-dia. ....	 31
1.2.    Oficinas de antropologia e saúde .....	40
1.3.    Questões metodológicas e afetivas. ....	45
 2.    IDENTIDADE NO FOCO DO TRATAMENTO: CLÍNICA-DIA, SEU PÚBLICO E SUAS ATIVIDADES.....	 50
2.1.    A clínica-dia.....	52
2.2.    Pacientes, frequentadores, clientes. ....	61
2.3.    Equipe .....	67
2.4.    “Normas e Combinados”: atividades e estrutura terapêutica da clínica-dia .....	71
2.5.    Grupos e Atividades.....	76
2.5.1.    Terapia a partir da fala.....	77
2.5.2.    Corpo e Saúde Mental. ....	85
3.5.1 Religiosidade e Auto-ajuda .....	94
 3.    SIMBÓLICAS DA SAÚDE MENTAL: CLASSIFICAÇÕES, REPRESENTAÇÕES E CATEGORIAS.....	 99
3.1.    (Di)visões.....	102
3.2.    AD e TM: “duas leituras” e o tratamento .....	105
3.3.    Categorias psicológicas e psiquiátricas.....	112
3.3.1.    Depressão .....	120
3.3.2.    Esquizofrenia. ....	126
 4.    EM BUSCA DO SOCIAL.....	 133
4.1.    Família e Gênero.....	135
4.2.    Trabalho e Renda .....	138
4.3.    Religião, Religiões.....	141
4.4.    Clínica-dia e discurso sobre o social.....	143

5. À GUISA DE CONCLUSÃO .....	148
5.1. Sobre identidades e interações .....	148
5.2. Sobre noção de pessoa e alternativas terapêuticas .....	154
5.3. Sobre indivíduos e ações: críticas possíveis e considerações finais .....	157
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	160

## INTRODUÇÃO

Em junho de 2012 um grande congresso mobilizou pesquisadores e profissionais da saúde mental na cidade de Fortaleza, Ceará. De acordo com o que se noticiou na época participaram do evento aproximadamente sete mil pessoas, incluindo participantes de fora do Brasil como palestrantes, e um grande número de participantes de diversas regiões do país. O público do evento era composto especialmente por profissionais do que se chama atualmente de **campo da saúde mental**: psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, entre tantos outros<sup>1</sup>. Tratou-se da terceira edição do Congresso Brasileiro de Saúde Mental, organizado bianualmente pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) em parceria com diversas entidades e considerado atualmente um dos mais importantes eventos desta área. No ano em questão o evento apresentara como seu tema: “Aperreios e doidices: saúde mental como diversidade, subjetividade e luta política”. Como nos anos anteriores, onde os temas trazidos eram “Loucura e saúde mental no século XXI: enfrentamentos territórios e fronteiras”<sup>2</sup> e “Perspectivas em saúde mental: diversidades e aproximações”<sup>3</sup>, o evento parecia trazer discussões que aproximavam suas práticas no campo da saúde com uma perspectiva mais política de atuação.

O congresso de 2012 apresentava uma divisão em doze distintos eixos, nos quais os milhares de participantes estavam divididos de acordo com a natureza de suas apresentações orais ou pôsteres. Eram eles: 1) *Formação e produção do conhecimento em saúde mental*; 2) *Políticas em saúde mental: primazia do setor público sob(re) o privado*; 3) *Práticas complementares e integrativas no contexto da saúde mental*; 4) *Cidadania: participação social e construção dos sujeitos*; 5) *Linhas de cuidado e suas abordagens, sentidos e práticas em saúde mental*; 6) *Processos de trabalho no cotidiano dos serviços: experiências exitosas em saúde mental*; 7) *Drogas e cultura: um enfoque socioantropológico*; 8) *Diversidade cultural, formação artístico-cultural e a desinstitucionalização*; 9) *Saúde mental e saúde suplementar: a doença como mercadoria ou o direito a Saúde*; 10) *Medicalização social*; 11)

---

<sup>1</sup> Um mapa geral das áreas que se associam com o campo da Saúde Mental envolve um grande número de profissões, não totalmente contempladas nesta breve relação de participantes do evento. Neste congresso, no entanto, ainda que várias destas áreas pudessem ser encontradas, a preeminência dos profissionais da psicologia era evidente.

<sup>2</sup> Evento acontecido entre 03 e 05 de Junho de 2010 na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

<sup>3</sup> Realizado entre 3 e 5 de Dezembro na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

*Gênero e sexualidade e; 12) Determinação social no campo da saúde mental.* Além desta divisão funcional do evento aconteceram também mini-cursos e um grande número de atividades consideradas lúdicas e, simultaneamente, terapêuticas: capoeira, maracatu, dança, teatro, música, espaço para massagem, *reiki*, oficinas de biodança, hipnoterapia, práticas meditativas, entre outras. Ao passear pelo espaço do evento, que foi sediado no campus da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), era possível encontrar os participantes interagindo e participando deste grande grupo de atividades, que se endereçavam ao mesmo tempo a uma prática específica e a um discurso sobre como trabalhar o **tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico** no momento atual<sup>4</sup>.

De imediato chamou atenção no lema do evento que a referência à saúde mental estivesse sendo dada a partir de termos que, de acordo com uma certa forma de refletir a prática biomédica e a prática psiquiátrica (Canguilhem, 2007; Bonet, 2004; Castel, 1978; entre outros), não seriam a ela inadvertidamente vinculados, tais como “diversidade”, “subjetividade” e “luta política”. Tendo se formado enquanto saber médico propriamente na passagem do século XVIII ao XIX, a psiquiatria vivenciou projetos de modernização da sociedade ocidental e um marcante processo de industrialização ao longo de sua consolidação, sobretudo no seio de seu nascimento, a Europa. Em função disto a psiquiatria é geralmente tomada, principalmente neste momento de sua história, como um saber moralizante e normatizador, que se aliaria ao Estado burguês na tarefa de modernizar as instituições sociais e empreender uma chamada normalização das relações sociais (Cf. Foucault, 2010)<sup>5</sup>. Na esteira destas discussões, bastante comuns no campo da saúde mental, as temáticas da diversidade e da subjetividade não fariam parte da agenda política da medicina e foi com algum espanto que observei a reiterada utilização destas expressões pelos profissionais deste congresso. Como vim a saber melhor, ao participar deste evento, a relação entre saúde e relações sociais, tomadas aqui em seu sentido mais lato, tornou-se um grande mote do campo da saúde mental, e busca-se agenciar a partir destes encontros outras maneiras de encarar o

---

<sup>4</sup> Convencionou-se chamar os pacientes da área da saúde mental de *sujeitos em sofrimento psíquico*, abolindo terminologias como *paciente* ou *doente mental*. Apesar disto, ao longo da dissertação é possível observar que muitos pacientes e interlocutores mantêm uma utilização bastante heterogênea de termos para se referir a estes sujeitos: clientes, frequentadores, doentes mentais, entre outros. Procuro manter ao longo do texto esta variabilidade terminológica.

<sup>5</sup> Por outro lado, como se deve observar, importantes pesquisas nas últimas décadas têm apontado para um fator “questionador” desta suposta hegemonia da medicina em nossa sociedade. Em suas manifestações concretas este suposto padrão hegemônico e fundado na defesa da moral e de padrões sociais historicamente constituídos estaria sendo constantemente atualizado das mais diversas maneiras, cedendo lugar para reelaborações de crenças, da função do médico e, sobretudo, para a presença de aproximações entre sistemas médicos oficiais e sistemas médicos tradicionais. Diversos trabalhos têm apontado para este contínuo questionamento desta suposta natureza hegemônica da medicina oficial e apontado para estes profícuos cruzamentos que o sistema oficial encontra nos contextos onde é praticado.



próprio fenômeno da saúde e da doença, tendo como referência e como objetivo, a produção de novas associações intelectuais, novas práticas, novos sujeitos, novos espaços de tratamento. Não se tratavam de atividades “extra-curriculares”, num sentido estrito do termo, pois a estrutura do evento era constituída *também* pela música, *também* pelo teatro, *também* pelo maracatu, entre tantos outros, e como se pode notar em nenhum dos doze eixos temáticos houve um que se propusesse a tratar exclusivamente da dimensão biomédica da saúde mental.

A abertura do evento foi possivelmente um dos momentos que mais evidenciaram a existência desta produção de novas associações e de relações neste **campo** da saúde. As falas de abertura do evento pareciam trazer como foco um constante “conclamar” dos presentes para que compreendessem a complexidade dos fenômenos que o campo da saúde mental buscava abarcar e, ao mesmo tempo, a realização de retratos da importância das lutas e dos debates travados pelos defensores da chamada luta anti-manicomial<sup>6</sup>. Argumentando que já se havia passado mais de duas décadas da 1ª Conferência de Saúde Mental<sup>7</sup>, em sua fala de abertura, o conferencista dizia que a saúde mental havia sofrido importantes modificações ao longo das últimas décadas no contexto brasileiro. Uma delas dizia respeito ao fato de que décadas atrás a luta anti-manicomial era uma exceção à regra estatal, que era então organizada a partir de uma visão hospitalocêntrica e que via, portanto, a ideia de apartação do louco do convívio social como uma medida terapêutica. Na contemporaneidade, porém, a recusa a esta visão, a instituição de um paradigma de reforma psiquiátrica nas políticas públicas e, por conseguinte, a própria luta anti-manicomial, já se teriam tornado uma “norma”, na perspectiva do palestrante. Assim, de acordo com ele, o que antes se arregimentava sob a égide de movimentos sociais, como é o caso da **luta anti-manicomial**, era agora, o “poder”, e esta nova realidade instituída passava a constituir, segundo sua fala, uma série de outras dinâmicas e oposições que precisavam ser encaradas pelas pessoas envolvidas com a saúde mental.

Esta colocação “no poder” deve ser compreendida como uma reestruturação das políticas públicas para sujeitos em sofrimento psíquico, que congrega propostas de

---

<sup>6</sup> O termo é de ampla circulação por entre profissionais e pesquisadores da área. Apesar de não ser possível, neste espaço, descrever uma origem epistemológica da expressão, ela parece estar associada ao Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), considerado por muitos um dos grandes responsáveis pela Reforma psiquiátrica brasileira. Está associada a uma busca, a partir da década de 1970, por melhorias nas condições de trabalho na área de saúde mental e de reestruturação da assistência psiquiátrica. (Cf. AMARANTE, 1995).

<sup>7</sup> Evento realizado no Rio de Janeiro, em 1987. A Conferência é um marco no processo de reestruturação dos serviços assistenciais no campo da saúde mental. É notável no relatório final a produção de uma associação entre “as condições gerais de vida da população” e a “ocorrência de enfermidades”. Mais que isto, o relatório também aponta como dada a ideia de que existe uma variação sensível em algumas formas de doença (como neuroses, alguns tipo de psicoses, toxicodependências, entre outros) e a estrutura social vigente. (Cf. Relatório Final da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_da\\_1\\_conferencia\\_de\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_da_1_conferencia_de_saude_mental.pdf)).

fechamento de hospitais psiquiátricos e de aumento de serviços substitutivos como medidas para reformar as práticas psiquiátricas. O processo de reforma alcança diversas esferas da sociedade, sendo que todas as instituições de saúde devem reconhecer a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001<sup>8</sup> para desenvolverem suas atividades. A lei, que trata especialmente de um redirecionamento das normativas para o tratamento em nível nacional na área de saúde mental e dispõe sobre aspectos da proteção e dos direitos “da pessoa portadora de transtorno mental”<sup>9</sup>, e que consolida a reforma psiquiátrica, na perspectiva dos profissionais desta área, direciona-se especialmente para a maneira como a saúde mental é conduzida contemporaneamente.

A conferência em questão, que buscava abordar de acordo com seu título problemas epistemológicos inerentes à proposta do Congresso e de sua temática, teve num de seus momentos cruciais uma interessante argumentação. Dizia o conferencista: “Como posso dizer que sou um profissional do campo *psi*<sup>10</sup> se não conheço um mínimo de antropologia, de história, de sociologia,...”. Era preciso, segundo ele, que os profissionais da saúde mental aprendessem a olhar para um contexto mais abrangente do que aquele coberto pela medicina clássica. Era necessário estabelecer um diálogo com outras áreas de saber. Ele concluía que o campo da saúde mental demandava que se conhecesse o universo cultural dos sujeitos atendidos, que se entendesse sobre políticas públicas, que se entendesse igualmente de psicologia, de sociologia, etc. De acordo com ele os protocolos médicos se mostravam “inúteis” no contexto da atenção psicossocial. Para atender um paciente, dizia ele, que se encontrava numa “ilusão fabulatória”, a equipe precisava conhecer de fábulas e não de protocolos. Um forte conteúdo de crítica política e econômica, que se aliava à crítica ao saber médico, estava presente em sua fala. A classe média brasileira, segundo ele, havia se sedimentado historicamente sem que tivesse havido uma revolução ideológica. Contemporaneamente viveríamos, em consequência desta ausência, a experiência da política como um privilégio e não como uma luta. Além disto, o *campo psi* não poderia correr o risco de, envolvido com a dinâmica do próprio sistema, tornar-se ele próprio uma mercadoria e uma

---

<sup>8</sup> *Lei Paulo Delgado*, assim denominada em função da apresentação de projeto de lei pelo então deputado Paulo Gabriel Coutinho Delgado, ainda na década de 1980.

<sup>9</sup> É importante ressaltar que a terminologia aceita no campo da saúde mental sofreu várias modificações ao longo das últimas décadas. Atualmente a expressão mais utilizada parece ser: “sujeito/pessoa em sofrimento psíquico”. O abandono do termo “portador”, como utilizado na Lei 10.216/2001, e em documentos anteriores, estaria em sintonia com a busca da negação dos aspectos patológicos (biomédicos) da “loucura”. Da mesma forma, expressões como “doente mental”, “portador de doença mental”, teriam sido igualmente abandonadas.

<sup>10</sup> Expressão bastante usual quer nas referências bibliográficas sobre a área quer no discurso de profissionais da saúde mental. Embora não seja trabalho destas pesquisas pesquisar a origem etimológica deste termo, é possível que ela faça referência ao conjunto das disciplinas e áreas da área psicológica/ psiquiátrica.

“não-luta”. A fala, recebida entusiasticamente por toda a plateia, parecia expressar mais do que uma opinião particular, mas uma indicação de que os fatores para um bom desempenho da atenção psicossocial estavam vinculados a uma compreensão do social<sup>11</sup>.

Minha participação no congresso, que se daria, sobretudo, pela possibilidade de discutir elementos de minha própria pesquisa de campo, acabou se tornando um momento importante de observação do mundo da saúde mental e contribuiu de maneira decisiva na compreensão do contexto político-ideológico no qual se passou a pesquisa da qual trata este trabalho. Esta dissertação analisa um contexto que é marcado pelo debate de “ampliação de perspectivas terapêuticas” que atravessa o campo da saúde mental e que se tornou explícito neste evento. O que se segue, nesta primeira sessão, é uma discussão sobre alguns aspectos que constituem este contexto e, partindo do evento mencionado, um ponto de partida para refletir a realidade na qual se deu a pesquisa de campo.

### **Reformas psiquiátricas, loucura e noção de pessoa.**

A partir da remodelação dos paradigmas de saúde-doença no campo da saúde mental, cujos conteúdos podem ser observados na breve descrição acima, promove-se, de acordo com Cardoso (1999), uma (pretensa) ótica mais “humanista e progressista de tratamento”, que está vinculada de modo essencial ao fechamento dos manicômios (p. 30). O termo **campo**, presente de modo marcante na pesquisa, aponta para este tom de humanização, na medida em que busca vincular a ideia de progresso a um corpo maior de práticas, um **campo da saúde mental**, onde se conjugariam, como veremos adiante, esforços de distintos sujeitos na busca de um tratamento visto como mais digno. A **saúde mental**, termo que será usado vastamente nesta dissertação, deve ser compreendida, portanto, como a soma de práticas terapêuticas e de saberes na direção de uma emancipação e humanização dos sujeitos em sofrimento psíquico e reflete basicamente uma oposição à ideia de **doença mental**.

Falar da saúde mental em termos de campo, neste contexto, pode se referir tanto a uma maneira de reivindicar um quinhão específico por entre outros saberes médicos, com relação aos quais a saúde mental se diferenciaria por fazer uso de uma prática terapêutica que busca a **multidisciplinaridade**; como também pode se referir a uma aproximação de explicações

---

<sup>11</sup> A ideia que se parece buscar pelos sujeitos da pesquisa, aqui, é a de que, com uma perspectiva mais ampla do tratamento, se contemplem aspectos considerados mais amplos do humano (econômicos, políticos, históricos, culturais, ...). Existe, além disto, em meu contexto específico de pesquisa uma forma de se referir ao social a partir do termo **cultura**, mas sempre que aparece é com o mesmo sentido que o termo **social** carrega neste contexto.

consideradas mais **humanizadas** para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, compreendidas como práticas que se relacionam com a emancipação, dignidade, autonomia e cidadania de sua clientela. Em seu primeiro sentido, o campo é uma titulação que só poderia ser conferida aos novos parâmetros organizacionais presentes na saúde mental, pois envolve uma participação de distintos saberes, colaboração profissional e descentralização, em contraposição à medicina clássica, supostamente menos afeita com colaborações interprofissionais e tradicionalmente considerada centralizadora e elitista. Em seu segundo sentido, mais comum na clínica-dia com a qual pesquisei, o **campo** aparece usado como uma forma mais humanística e, sobretudo, mais intelectualmente informada de praticar a saúde mental. Busca-se, assim, no lugar de uma “área médica”, generalista, um “campo”, que se ampara na noção de humano como complexo, plural, bio-psico-social.

Esta complexidade do humano aparece fundamentalmente como uma maneira de justificar investimentos terapêuticos mais complexos. Muitas das falas do conferencista, por exemplo, trouxeram questionamentos a propósito das possibilidades de existência do humano, da cidadania, dos direitos adquiridos pelos sujeitos e do respeito que lhes deve ser tributado<sup>12</sup>. Este matiz de comprometimento, politização, respeito, caracteriza de modo bastante claro os debates empreendidos na saúde mental e é possível encontrá-los em diversas reflexões teóricas desta área. O que o campo da saúde mental busca, neste sentido, é uma contraposição a um “núcleo duro”, mais tradicional da psiquiatria, que seria representado pela psiquiatria clássica, e seu bastião, o “hospício”. Em contrapartida, se afirmaria uma modalidade de tratamento em rede, amparada em diversos saberes e em uma compreensão do humano que passaria pela valorização de ideais tais como democracia, autonomia e liberdade, sociabilidade, dignidade, direitos humanos, etc.

Considero importante apresentar algumas reflexões em torno de três aspectos deste contexto para que se possa compreender melhor a realidade da clínica-dia onde pesquisei. O primeiro aspecto diz respeito à reforma psiquiátrica e seus desdobramentos na atmosfera ideológica que perpassa a saúde mental. Ela é tomada no discurso de meus interlocutores como um ponto de partida para se falar de quaisquer reestruturações terapêuticas no contexto da saúde mental e diz respeito tanto a um momento histórico formal quanto a uma prática específica em contextos institucionais e de políticas públicas. Ela é, propriamente, o processo através do qual se chegou à remodelação das práticas assistenciais sobre as quais falei

---

<sup>12</sup> De acordo com Amarante, pesquisador e profissional da área de saúde mental, o processo de constituição da psiquiatria – ainda que contemporaneamente perceba uma fase distinta – se iniciou precisamente na atmosfera da Revolução Francesa, que anunciou ideais liberais e revolucionou o tratamento destinado aos alienados a partir de noções como “tratamento moral” apregoadas por Philippe Pinel.

anteriormente. No segundo ponto gostaria de chamar atenção para a presença das discussões de Michel Foucault (1926-1984) no campo da saúde mental. O autor aparece especialmente referenciado quer em trabalhos acadêmicos quer num discurso mais geral de profissionais ou mesmo pacientes. No congresso, por exemplo, um dos mini-cursos teve como foco discutir as noções de “loucura, poder e subjetividade” no autor<sup>13</sup> e alguns trabalhos distribuídos ao longo do evento também discutiram pontualmente temas de sua obra. O autor é tanto uma referência bibliográfica para pesquisas sobre loucura como, no caso desta pesquisa, um ponto marcante no discurso dos interlocutores, uma vez que o conteúdo dos trabalhos de Foucault sustenta grande parte dos argumentos de reforma. Por fim, diretamente relacionado com os dois pontos anteriores, está a mobilização de noções de “autonomia” e de “cidadania”, entre outros a eles relacionados, como elementos constituintes do processo terapêutico ao qual os sujeitos estão submetidos e como, de certa forma, objetivos gerais da reforma psiquiátrica. Com veremos, todas as propostas de reforma psiquiátrica são lidas pelos teóricos do campo e pelos profissionais como sendo necessárias para o resgate da dignidade perdida dos paciente psiquiátricos. Este tom de comprometimento político e a busca por reflexões amparadas no campo das humanidades parecem sustentar “princípios terapêuticos” fundados mais numa perspectiva política de atuação dos sujeitos no mundo do que em uma dinâmica psíquica específica.

A chamada reforma psiquiátrica, discurso que muito recorrentemente apareceu ao longo da pesquisa e, o pano de fundo ideológico no qual se insere o contexto específico onde pesquisei, é um processo longo que, no caso do Brasil, se inicia por volta da década de 1970. Este fenômeno é muito lembrado no campo da saúde mental e parece ser ao mesmo tempo a origem e o destino das mudanças que se processam neste campo. Por um lado se busca que as práticas psiquiátricas clássicas sejam continuamente reformadas e que novos paradigmas – não exclusivamente o biomédico – façam parte da realidade dos profissionais. Por outro, é somente a partir de um processo formal, no sentido político-institucional, de reforma psiquiátrica que outras reformas poderiam ser pensadas. Em linhas gerais, no entanto, ela é resultado de movimentos sociais e políticos tanto de profissionais da área psiquiátrica, quanto de familiares de pacientes, buscando melhores condições de tratamento e foi parte decisiva dos processos que levaram ao fechamento de muitos Hospitais Psiquiátricos nas últimas décadas e da reestruturação da forma e dos serviços de tratamento.

---

<sup>13</sup> Um outro mini-curso do congresso teve como objeto discutir a observação participante no campo da saúde-mental.

Este processo formal de reforma pode ser descrito, conforme Birmam & Costa (1994), pensando-se a partir do estabelecimento de uma profunda crise em três campos fundamentais da “medicina mental”, que se pronunciaram a partir da segunda grande guerra. Transformações atingiram diversas esferas envolvidas com o sujeito em sofrimento psíquico: tanto na percepção profissional da prática médica, que passaria a ser regulamentada por instâncias metadisciplinares e corporações médicas; no próprio paradigma referente à saúde mental, que deixaria de estar na doença para se voltar à “saúde”; quanto na prática psiquiátrica, que se veria às améias com a necessidade de reformular abordagens clínicas face ao “novo objeto”. Esta intensa crise, que na perspectiva dos autores, não seria exatamente uma novidade, mas somente a complexificação de processos gestados desde o início do século XX, teria dado origem por sua vez à chamada Psiquiatria Social, que viria a transformar significativamente o perfil da psiquiatria (Cf. Birmam & Costa, 1994). Pelo menos quatro momentos de reforma distintos, a partir do pós-guerra, são descritos na literatura especializada.

A primeira prática de reforma é chamada de “psiquiatria institucional”, pois teve como característica principal a busca por uma reorganização e o questionamento da própria instituição hospitalar. Este momento é tido pelos autores como uma reação à violência da segunda guerra mundial, cuja ocorrência teria mobilizado a necessidade ou a busca por condições de saúde adequadas em diversos setores da sociedade, mas especialmente no campo da saúde. A morte que se perfilava nos hospícios cotidianamente passou a ser um problema frente a uma agenda política mundial a cada momento mais preocupada com a temática dos direitos humanos. Visto que o hospital psiquiátrico passa a ser responsabilizado pelas mazelas dos pacientes<sup>14</sup>, surge a proposta de organização do trabalho terapêutico a partir da inserção de mudanças dentro do próprio hospital. A experiência deste tipo de reforma tinha como foco organizar a **ressocialização** do paciente, a partir da crença de que “a função terapêutica era uma tarefa que precisaria ser assumida por todos” (AMARANTE, 2007: 43), médicos, pacientes, familiares e técnicos. Além disto, neste espírito de distribuição da “função terapêutica”, também é da psiquiatria institucional que surgem as primeiras propostas de criação de “comunidades terapêuticas”, que viriam a inserir na história das práticas em saúde

---

<sup>14</sup> Ao longo da dissertação diversos termos serão utilizados para referenciar os frequentadores da clínica-dia. Um dos termos, pacientes, é também um termo considerado atualmente como incorreto, pois lembra uma posição de passividade com relação ao médico e ao paciente. Não obstante, ele aparecerá no texto assim como outras formas de denominação (sujeitos em sofrimento psíquico, frequentadores, clientes,...). A razão pela qual adoto a utilização do termo, a despeito da normatização atual a este respeito, se encontra no próprio fato de meus interlocutores utilizarem este termo em suas atividades cotidianas. Ainda que no trato direto, a preferência pareça ser dada ao chamamento pelo nome próprio dos sujeitos, nas referências indiretas e nas generalizações o termo “paciente” sempre surgiu mais do que outras alternativas.

mental importantes elementos, presentes até hoje nas modalidades de tratamento. Nas palavras de Birman & Costa (1994), a organização em comunidades terapêuticas:

conduz à introdução e ampliação do trabalho de grupos no hospital: grupos operativos, recreativos, artísticos e os terapêuticos propriamente ditos. Reencontra-se aqui novamente o objeto central: educação para a vida social. (p. 51).

Amarante (2007) destaca neste momento a proposição de reuniões e grupos de discussão entre os pacientes para discutir dificuldades e projetos de cada um. Neste período e através destas experiências, portanto, se procura apontar a falência do modelo institucional psiquiátrico e se realiza uma crítica dos próprios pressupostos do hospital. Ainda que num movimento de reforma amplo, as manifestações da psiquiatria comunitária parecem ter se concentrado em projetos ingleses, por volta da década de 1940.

O segundo momento é tratado por Birman & Costa (1994) e por Amarante (1995, 2007) como “psiquiatria preventiva ou como saúde mental comunitária”. Neste período, ao invés de um investimento na reforma das práticas hospitalares, das próprias práticas *institucionais*, se procura projetar ou ampliar a atuação ou a noção de saúde mental para a “comunidade”, entendendo que a saúde mental deve ser “promovida” na sociedade e não dentro das instituições. Vejamos:

A reforma do hospital psiquiátrico deve ser abandonada como ação preferencial, tornando-se o espaço social mais amplo, o espaço de ação da psiquiatria: a “comunidade”. Responsabilidade de todos, cidadãos e governo, instituições públicas e privadas, a estratégia de promoção da Saúde Mental se explicita, tornando-se a preocupação referida da Nova Psiquiatria. Esta mudança vai aparecer no plano teórico, através de uma abordagem preventiva da enfermidade mental. (BIRMAN & COSTA, 1994: 54).

O projeto de psiquiatria comunitária teria apontado, de acordo com a bibliografia especializada, para o real paradigma da saúde mental, qual fosse o de extrapolar o perfil terapêutico contido nas práticas de reforma para fora da instituição. Além disto, ela teria dissolvido a centralidade do psiquiatra entre outros membros, criando o ideal de um tratamento que se dá a partir de distintos agentes terapêuticos. Birman e Costa (1994) afirmam que este projeto não passaria, no entanto, de uma nova tentativa de medicalização da sociedade, visto que investia num novo escrutínio de condições de loucura. Na ânsia de prevenir a ocorrência da loucura, estas propostas comunitárias teriam efetivado uma nova onda de medicalização e, com efeito, teriam causado, a longo prazo, um aumento significativo nas demandas de internamentos.

O terceiro período, tratado em Amarante (1995, 2007), diz respeito à “antipsiquiatria” e o que viria a ser conhecido como o processo de desospitalização. Citando Robert Laing, um dos expoentes da antipsiquiatria, Amarante afirma que a própria psiquiatria seria a negação do que existe entre as pessoas (2007: 52). Desenvolve-se a ideia de que os sujeitos ditos loucos na verdade denunciavam em seu discurso as “tramas, os conflitos e contradições existentes na família e na sociedade” (Idem). As proposições da antipsiquiatria anunciariam, por fim, que a patologia não estaria propriamente contida no sujeito, mas nas relações entre ele e a sociedade. A noção de terapêutica, aqui por sua vez, estaria totalmente afastada daquelas produzidas pelas perspectivas anteriores:

Na medida em que o conceito de doença mental era então rejeitado, não existiria exatamente uma proposta de tratamento da ‘doença mental’, no sentido clássico que damos à ideia de terapêutica. O princípio seria o de permitir que a pessoa vivenciasse a sua experiência; esta seria, por si só, terapêutica, na medida em que o sistema expressaria uma possibilidade de reorganização interior. Ao ‘terapeuta’ competiria auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria. (AMARANTE, 2007: 53-54).

A crítica principal da perspectiva antipsiquiátrica recairia, além disto, sobre uma das principais patologias relacionadas com o saber psiquiátrico, a esquizofrenia:

Aqui é formulada a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico, no sentido de desautorizá-lo a considerar a esquizofrenia uma doença, um objeto dentro dos parâmetros científicos. As discussões ocorrem em torno da esquizofrenia, como conceito paradigmático da cientificidade psiquiátrica, tendo em vista que é no tratamento dessa patologia que o fracasso é maior, da mesma forma que é com a esquizofrenia que é mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiátrica. (AMARANTE, 1995: 42).

Existe uma diferença crucial, portanto, entre este e os movimentos anteriores. Ao passo que nas perspectivas anteriores a crítica recairia sobre a instituição, buscando reformá-la, ou sobre a psiquiatria, problematizando suas abordagens, na antipsiquiatria ocorre uma negação destas esferas e, portanto, da própria viabilidade da psiquiatria. Não somente questionando uma parcela importante do saber psiquiátrico, mas também propondo uma abordagem teórica e terapêutica distinta para a esquizofrenia, por exemplo, a antipsiquiatria é tida como uma parte central da crítica feita ao saber psiquiátrico.

Aparentemente colado neste movimento, ainda que de forma não explícita na argumentação de Amarante (1995, 2007), está o que seria denominado de “Psiquiatria Democrática”. Em linhas gerais, nesta proposição se destacaria o trabalho da reforma ocorrida na Itália, a partir do psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980). A partir da década de 1970, este



psiquiatria iniciou na cidade de Trieste, no norte da Itália, uma experiência de organização do trabalho terapêutico que se tornaria, na perspectiva de Amarante (2007), importante referência para a reforma psiquiátrica brasileira. Nesta experiência, “simultaneamente ao fechamento dos pavilhões ou enfermarias psiquiátricas, foram sendo criados vários outros serviços e dispositivos substitutivos” (2007: 56). Citando Barros (1994), Amarante (1995) afirma que a experiência italiana pode ser vista como um “confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a ideia de territorialidade” (1995: 45). A psiquiatria democrática é, assim, lida pelo autor como uma síntese das experiências de reforma acumuladas no período (ainda que a antipsiquiatria propriamente não seja incluída) e é, em geral, este o período mais lembrado pelas pessoas do campo da saúde mental ao falar sobre reforma psiquiátrica.

A constituição ideológica destas propostas se ampara, como se pode observar, numa crítica ampla ao internamento de doentes mentais em instituições psiquiátricas; à própria noção de “doença mental”; e à psiquiatria como um todo. No plano prático estas reformas conduziram, nas últimas décadas, a uma reestruturação das políticas públicas voltadas à assistência de sujeitos em sofrimento psíquico e, no seu limiar, à criação de novos paradigmas de se conceber a loucura e os saberes envolvidos no seu tratamento. Este movimento foi descrito por Ana Venâncio (1990, 1993), analisando uma dos primeiros hospitais-dia brasileiros, a partir do uso da expressão “nova psiquiatria”, como um conjunto de *novas* práticas dentro do próprio seio da psiquiatria. A autora buscou designar, a partir desta expressão, um conjunto de ações que veriam o louco a partir de então como decorrente da própria sociedade e o tratamento como realidade a ser organizada a partir do social, isto é, a partir da devolução dos sujeitos então internados em hospitais psiquiátricos para suas famílias, aliado ao desenvolvimento de estruturas voltadas especialmente para iniciativas consideradas substitutivas tais como **centros de atenção em saúde mental, hospitais-dia, comunidades terapêuticas**, entre outros.

Analisando uma unidade de saúde pública do Vale do Jequitinhonha (MG), Cardoso (1999) analisa as transformações ocorridas na psiquiatria a partir da mesma lente que Venâncio (Idem) e afirma que além da fundação de um modelo assistencial com inclinação para a comunidade – inserindo a assistência psiquiátrica no atendimento prestado em unidades de saúde – também se processa neste momento, amparada no diagnóstico de Birman (1980), uma introdução de teorias psicológicas bem como de novos medicamentos no contexto da saúde mental. Extremamente importante e subjacente à argumentação das duas autoras é,

portanto, o surgimento da noção de **psicossocial** no conjunto de novas práticas adotadas neste período da psiquiatria. Esta noção apontaria para uma combinação importante nas práticas observadas na clínica-dia objeto desta pesquisa, qual seja a soma do instrumental teórico e terapêutico da psicologia e uma mobilização do social.

Além da noção de psicossocial propriamente, um aspecto importante que perpassa a constituição desta crítica à antiga psiquiatria e que é parte importante do aparato ideológico a partir do qual o campo da saúde mental pensa sua reestruturação, são os trabalhos de Michel Foucault a respeito da medicina e da doença mental no período clássico. Em *História da Loucura* (1972), principal obra referenciada nesta área, o autor apresenta uma longa e multireferenciada discussão sobre a loucura. O trabalho acaba recobrando pelo menos quatro séculos de discussões sobre o que seria o processo de constituição de um ideário sobre a loucura e noções como a de asilamento e discurso médico. A obra se inicia com um debate sobre o desaparecimento da lepra na idade média e de como se passa de um intenso processo de criação de leprosários para um gradativo processo de desocupação dos mesmos, a partir do século XIV. O autor desenvolve a ideia de que ainda que a lepra desapareça, seu espaço e as imagens que seu longo processo de existência teria produzido e feito aderir ao personagem “leproso”, não desapareceriam tão facilmente, vindo a ser efetivamente ocupado e apropriado pelo que Foucault chama de o “fenômeno da loucura” (2012: 08). Haveria um lugar no mundo medieval, qual fosse o espaço da própria experiência da exclusão nos leprosários que, no mundo clássico, seria integralmente substituído pela loucura.

Ainda que mantido um posicionamento de apartação com relação ao “louco” no mundo da Renascença, Foucault descreve a existência de uma certa relação de “circularidade” destes sujeitos por várias cidades neste período da história. A expulsão dos loucos das cidades era menos uma atitude institucionalizada, diz ele, e mais uma prática ritual para com os *desajustados* (2010: 10-11). Uma certa noção de “libertação”, neste sentido, é adotada por Foucault para descrever o relacionamento do período renascentista para com a loucura, expressa, entre outros, na própria circulação da loucura pelo mundo das artes, como em criações de Bosch<sup>15</sup> e Brueghel<sup>16</sup> ou, principalmente, na própria prática de envio dos loucos de cidade a cidade através de barcos, o que suscitaria a ideia recorrente da “nau dos loucos”. A idade clássica<sup>17</sup>, porém, teria produzido uma reelaboração desta relação com a loucura: “A loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai

---

<sup>15</sup> Hieronymus Bosch (1450-1516), pintor da Idade Média.

<sup>16</sup> Sobrenome de família de pintores Holandeses da Idade Média.

<sup>17</sup> Idade clássica aqui se refere especialmente ao período compreendido entre os séculos XVII e XVIII.

ser reduzida ao silêncio pela era clássica, através de um estranho golpe de força.” (FOUCAULT, 2010: 45).

Este estranho golpe de força ao qual se refere o autor diz respeito a um processo de internamento amplo e sistematizado ocorrido a partir do século XVII no mundo ocidental, internamento este que teria sido utilizado a partir de uma certa relação estratégica com ideologias envolvidas na punição e normalização de relações abordando critérios econômicos (pobreza, miséria das populações, prática da caridade) e abordando a esfera do trabalho (ociosidade, trabalho como terapia). No hospício, para sintetizar a história, vão parar toda sorte de desatinados e desadaptados sociais. A partir do “grande internamento”<sup>18</sup> o que se perde é uma dimensão “caritativa” do hospital, tornando a partir de então o hospital numa instituição propriamente “médica”. Comentando esta passagem Cardoso (1999), afirma:

(...) a psiquiatria definiu-se, nesse momento, como tratamento de caráter moral destinado a recuperar os indivíduos desviados das normas estabelecidas ou em processo de consolidação. Relacionou-se, por um lado, com práticas segregatórias próprias ao aparato judiciário e, por outro, colocou-se como *prática normatizadora* de determinados campos de relações aos quais iria se *adequar* uma problematização a respeito do comportamento patológico, tal como o comportamento desviante passou a ser concebido (p.32).

Na *história* de Foucault, portanto, a ideia de que o louco precisa ocupar um espaço específico, qual seja este de internamento, é inventado no período clássico. Esta seria a herança deste processo histórico que ele narra na primeira parte de seu livro: a invenção do internamento como medida corretiva e, mais que isto, de sua relação com expectativas do Estado, que produziram uma medicina essencialmente normalizadora. O lugar para o qual o congresso dirige suas críticas e com relação ao qual o campo da saúde mental busca a todo o tempo se contrapor, portanto, é este produzido por esta imbricação de interesses no contexto da idade clássica. Para inquirir o próprio surgimento da psiquiatria outros trabalhos precisariam ser consultados, mas o grande ponto para o qual quero chamar atenção diz respeito ao fato de Michel Foucault ser tomado no campo da saúde mental como o autor que denuncia a problemática dos hospícios e que explicita os condicionamentos sociais e históricos da produção deste lugar.

Além disto, sua obra é de tal forma absorvida por pesquisadores e profissionais do campo da saúde mental, que ele acaba se transformando numa grande referência não somente para o debate em torno destes condicionantes históricos, mas para a reforma psiquiátrica

---

<sup>18</sup> Termo utilizado por Michel Foucault para descrever a “invenção” do Hospital Geral e o processo, na idade clássica, que termina com uma amplo processo de internação de distintos sujeitos.

como movimento, como realidade política e como busca subjetiva de familiares e pacientes. Os movimentos descritos anteriormente são abordados na perspectiva dos profissionais do campo da saúde mental como partes de um grande “processo” de ampliação de direitos, de luta política e de democratização e que tem no trabalho de Foucault, mais do que uma referência bibliográfica, um amparo para sua criação efetiva. Neste sentido, portanto, estão fortemente carregados de um sentido político e, no caso da saúde mental, de um comprometimento político e de uma leitura que implica em posturas vistas como “mais humanas”.

Nos espaços de tratamento, de modo particular, um equivalente desta politização é a busca pelo desenvolvimento de características específicas como a cidadania e a autonomia na vida pessoal dos pacientes. Em meu contexto de pesquisa o argumento da autonomia sempre foi uma das grandes buscas e um dos grandes temas de debate envolvendo a melhora completa e/ou o desenrolar do tratamento. Além disto, a autonomia parece ser uma palavra-chave para descrever as buscas dos movimentos sociais envolvidos na luta anti-manicomial, que evidenciaram, sobretudo uma busca por melhores condições de tratamento e de existência dos sujeitos considerados loucos. Vários trabalhos<sup>19</sup> apontam para a presença de conceitos desta ordem no contexto de trabalho na saúde mental e para o papel central que desempenham. Como fica claro nas características do congresso apresentadas acima, existe uma mobilização muito forte de temas como a cidadania, a autonomia e a sociabilidade nas práticas da saúde mental, que podem ser compreendidas como desdobramentos quer da maneira como se construiu o “campo da saúde mental”, seus aspectos ideológicos (Amarante, 2007), quer como aspectos centrais da noção de pessoa advogada neste campo. Como se poderá ver ao longo do texto, estes temas oferecem importantes chaves para compreender o tratamento que é oferecido e os “problemas” que parecem perpassar o processo de classificação de patologias<sup>20</sup>. De acordo com Silvia Monnerat (2009), que defendeu dissertação em antropologia social recentemente, os temas da sociabilidade, autonomia e cidadania estão presentes de modo crucial na vida dos sujeitos do espaço de convivência que pesquisou. Diz a autora:

Este movimento [a reforma psiquiátrica] enfatizou o estímulo à sociabilidade do paciente, tornado possível, assim, o surgimento e a legitimação de uma esfera de tratamento que não tem seus fundamentos baseados no saber médico, mas sim, na esfera da sociabilidade. (MONNERAT, 2009: 12).

---

<sup>19</sup> Conferir Monnerat, 2009; Venâncio, 1990, 1993; Amaral, 2006; Russczyk, 2008; Meirelles, 2007, Dias, 2007; entre outros.

<sup>20</sup> Temática será melhor debatida na terceira sessão do trabalho.

A autora entende como sociabilidade, neste contexto, uma ênfase no aspecto social, isto é, busca-se que os sujeitos mantenham contatos com suas famílias e amigos, que façam parte de redes de relações fora do ambiente de tratamento, que busquem manter relações sociais. Intrinsecamente ligadas a esta noção do tratamento estariam noções como a de autonomia, sobre a qual a autora apresenta argumentos de distintas vertentes teóricas e que simbolizam, em si mesmas, uma tensão importante no que tange a alguma definição mais consistente sobre a autonomia no contexto da saúde mental. De um lado estariam discussões mais propriamente psicologizantes, que teriam uma representação específica para cada paciente; e de outro, interpretações que veriam a autonomia não como um valor psicológico individual, mas como um valor desenvolvido socialmente, como um “valor geral”, mais vinculado a uma “dimensão socializante” (Monnerat, 2009: 22).

Pensando a partir do argumento de Elias, em *A Sociedade dos Indivíduos* (1994), que também é evocado por Monnerat (2009), a questão giraria em torno da própria necessidade de torna-se autônomo nas sociedades complexas e, portanto, do próprio surgimento da noção de autonomia no seio desta sociedade. O autor, que se dedica neste texto a descrever relações entre indivíduo e sociedade, bem como a problemas teóricos envolvendo as percepções de ambos os lados, argumenta que:

(...) o indivíduo só pode ser entendido em termos de sua vida em comum com os outros. A estrutura e a configuração do controle comportamental de um indivíduo dependem da estrutura das relações entre os indivíduos. A base de todos os mal-entendidos no tocante à relação entre indivíduo e sociedade reside no fato de que, embora a sociedade, as relações entre as pessoas, tenha uma estrutura e regularidade de tipo especial, que não podem ser compreendidas em termos do indivíduo isolado, ela não possui um corpo, uma “substância” externa aos indivíduos. Essas ideias podem ser fáceis ou difíceis de apreender, mas os fatos a que se referem são bastante simples: cada pessoa só é capaz de dizer “eu” se e mais ainda porque pode, ao mesmo tempo, dizer “nós” (1994: 56-57).

Monnerat (2009) sugere em seu trabalho, amparada pelas discussões do psiquiatra Roberto Tikanori (1996), que o problema crucial referente a autonomia diz respeito à quantidade de relações sociais<sup>21</sup> que um sujeito em sofrimento psíquico manteria, quantidade que seria essencialmente pequena e que seria conquistada com muita dificuldade por estas pessoas (p. 90). A autora conclui, a partir da observação de seu campo de pesquisa específico, que os pacientes manifestariam um pequeno grau de autonomia e uma pequena rede de

<sup>21</sup> O argumento do autor é o de que os seres humanos são mais autônomos quanto mais dependem de relações sociais de diversas naturezas. O problema dos pacientes em transtorno mental seria a dependência excessiva de poucas relações ou coisas, o que diminuiria seu potencial de criação de novas normas e novos ordenamentos, aspecto supostamente crucial para o entendimento de autonomia do autor. (Cf. Monnerat, 2009: 21).

relações, o que corroboraria a investida terapêutica institucional baseada num modelo de sociabilidade, bem como a compreensão da autonomia a partir do critério quantitativo (p. 90).

Uma das questões ao abordar a problemática destes valores no campo da saúde mental é a não percepção de que a autonomia, assim como a noção de indivíduo, não são produzidas por si sós, ela são construídas na própria sociedade. Não se trata, assim, de que os indivíduos sejam/ precisem ser autônomos e/ou que o discurso da autonomia e da cidadania estejam simplesmente presentes no campo da saúde mental. O indivíduo, assim como a autonomia, são valores construídos e nossas percepções de um e outro dependem grandemente de sua mobilização dentro da própria sociedade em que se encontram, não se devendo partir deles como aspectos do campo da saúde mental para os quais se olha como mera característica, mas como aspectos não naturalizados das práticas no campo da saúde mental. Ao passo que se pode perceber uma espécie de caminho epistemológico da noção de autonomia ao interpretar sua passagem de um polo mais psicológico para um polo mais social, perde-se, neste mesmo trajeto, a possibilidade de inquirir a própria categoria a partir de seus pertencimentos e manifestações concretas. Este seria, portanto, um problema desta naturalização: a não percepção de que estruturalmente, como já argumentado por Louis Dumont (1997, 1985) e Norbert Elias (1994), a noção de indivíduo (e, me parece, a noção de autonomia e cidadania, neste contexto intimamente atreladas a ela) tem uma gênese muito particular na sociedade ocidental.

Como afirmou Venâncio (1990; 1993; 1998), a psiquiatria, desde sua fundação, está intimamente conectada à noção de pessoa praticada pela sociedade ocidental e fez parte do próprio processo através do qual a noção de pessoa moderna se construiu (1993: 124), o que torna crucial olhar para as práticas da psiquiatria a partir de uma compreensão histórica de seus pertencimentos. É importante observar que o contexto do qual fazia parte Philippe Pinel, a partir de quem a psiquiatria é considerada “fundada”, era a atmosfera ideológica do iluminismo e, portanto, de um profundo contexto de revoluções em diversos campos, incluindo a posição do ser humano com relação ao conhecimento, a igreja, o estado e a economia. Amarante (2007) compara a perspectiva adotada por Pinel com o trabalho de John Locke, que pressupunha que todos os homens possuíssem uma natureza livre e independente. Para Pinel, da mesma forma, os loucos deveriam ser livres, libertos das correntes que o internamento havia criado, para **recobrem** a liberdade que a doença lhes havia subtraído, pressupondo que ela já existisse como essência em todo ser humano. A reconquista desta liberdade, no entanto, deveria ser efetuada dentro do contexto do asilo, distante do mundo exterior e das causas da alienação mental. O aparente paradoxo se resolvia, portanto, na ideia

de que o asilo devolveria a liberdade, reconstruído um contexto pretensamente sadio que a sociedade não podia oferecer. Historicamente as propostas terapêuticas propostas por Pinel são conhecidas por Tratamento Moral, pois implicam numa imposição de regulações e policiamentos das vontades e paixões dos sujeitos, desreguladas em função da doença. (cf. Amarante, 2007; Venâncio, 1993).

A reforma psiquiátrica se opõe a esta alienação do louco e se constrói, de acordo com Venâncio (1993: 127), “fundamentalmente a partir do *a priori* de que o indivíduo doente devia se manter estritamente vinculado a sociedade”, mas ao mesmo tempo com uma compreensão da doença mental como transtorno que decorre *da* sociedade. A reforma busca não somente um rompimento com o hospital psiquiátrico como instituição, mas com a alienação, com o isolamento, com a cronicidade que o hospício cria. Mobiliza-se, portanto, um discurso que toma estas instituições como condenáveis a partir de uma série de critérios morais, isto é, tomando a liberdade, a autonomia, a participação, a cidadania, o auto-cuidado, o trabalho, entre tantos outros temas, como relevantes na constituição da “saúde mental” do ser humano, aspectos supostamente ausentes no modelo hospitalocêntrico. Mais do que um problema técnico ou terapêutico propriamente, a reforma cria assim um problema com a própria concepção filosófica e moral da loucura.

### **Marco teórico e de pesquisa.**

Ao construir minha argumentação partindo da observação de um único congresso no campo da saúde mental não pretendo limitar o potencial analítico deste texto introdutório ao fato de ter presenciado situações “exóticas” em um âmbito qualquer. Ao participar do congresso aspectos relevantes do campo da saúde mental, no qual pesquisei a partir da clínica-dia, se mostraram de modo mais homogêneo. Além disto, o evento possibilitou encaminhar de modo mais concreto um caminho analítico para abordar meu campo de pesquisa. Procuro assumir, assim, nesta dissertação, uma posição de relativização constante dos critérios e valores apresentados na saúde mental, tendo em vista a argumentação de Cardoso (1999) e Venâncio (1990, 1993) que deslindaram a passagem de um perfil estritamente biológico para uma perspectiva que projeta estas explicações para um perfil mais comunitário e, como se viu, voltado para o social.

Ainda que uma avassaladora maioria dos trabalhos na saúde mental – como são exemplos os trabalhos de Amarante (2007) – pressuponham o trabalho em bases epistemológicas, se assim se pode dizer, que remetem ao universo das ciências sociais, não

deixa de ser crucial perceber que a mobilização de noções ou conceitos mais ou menos sociológicos/ antropológicos não tornam estes mesmos conceitos menos passíveis de análise e interpretação científica. Ainda que a bibliografia da saúde mental aponte para esta preponderância de um enfoque na sociabilidade, no processo social e na complexidade antropológica do humano, ouvir de seus sujeitos de pesquisa que mais do que uma ênfase teórica, este olhar “treinado” é uma necessidade política e profissional, certamente precisa provocar uma necessária reinterpretação, sobretudo se tomarmos em vista a circulação destes conceitos por outras esferas. É, portanto, neste contexto ideológico e atravessado por discursos bastante consolidados – do ponto de vista teórico e político – que se deu a pesquisa de campo ora apresentada. Esta dissertação analisa, assim, um contexto marcado por um discurso típico de reforma psiquiátrica nos tempos atuais.

O lócus da pesquisa é uma clínica-dia situada em uma cidade do sul do Brasil, que abriga aproximadamente 80 ou 90 pessoas em processo de tratamento psíquico. O objetivo perseguido ao longo do texto é o de apresentar uma etnografia com foco para dois aspectos cruciais da vida dentro da clínica-dia: 1) sua busca por uma pluralidade de saberes e a maneira como cotidianamente distintas modalidades explicativas são mobilizadas; e 2) as interações cotidianas na clínica-dia, que implicam numa constante discussão em torno da “noção de pessoa” que se advoga neste contexto e, conseqüentemente, numa reelaboração de aspectos identitários. Ao iniciar a pesquisa pressupunha, como será discutido no capítulo I, que houvesse na instituição um choque de racionalidades terapêuticas envolvendo a psiquiatria e a orientação espírita da instituição. Ao longo da pesquisa outras questões se tornaram mais urgentes para serem tratadas, fazendo com que a etnografia focasse, neste particular, para a maneira como a(s) espiritualidade(s) é mobilizada cotidianamente a partir do próprio discurso de reforma psiquiátrica e, portanto, como mais um dos discursos possíveis neste contexto.

Um número cada vez mais freqüente de trabalhos tem apontado para o fato de que o campo da medicina passa a se organizar paralelamente ao surgimento e instrumentalização de terapias complementares, alternativas e tem havido, como se pode observar a partir da situação específica da saúde mental, uma ênfase de políticas públicas para conceitos de “humanização”, “reforma”, “multidisciplinaridade”, “holismo”, entre outros rótulos frequentes nesta área. Isto naturalmente não esgota ou suplanta o caráter fiscalista e objetificante da biomedicina, já apontado diversas vezes pela bibliografia especializada, e que continua se manifestando contemporaneamente. O que ocorre, no entanto, é uma renovação de muitas das práticas no campo da medicina, o que aponta para novas associações e novas



elaborações de antigas categorias, como da própria ideia de uma noção de pessoa individualizada.

Em coletânea de artigos publicada na década de 1990, Duarte (1998) afirma que existe nos trabalhos antropológicos brasileiros grande flexibilidade das perspectivas metodológicas (p.15), o que incluiria uma constante utilização de distintas referências analíticas nas análises do fenômeno da saúde e da doença. Os trabalhos acadêmicos advindos da área da saúde mental (enfermagem, psicologia, psiquiatria, primordialmente), tendem a abordar a problemática da “loucura” a partir de um marco teórico basicamente foucaultiano, conforme foi apontado anteriormente. Ainda que não vá desenvolver com propriedade este aspecto, encaro como um problema inerente ao *modus operandi* da análise de Michel Foucault, importante personagem no “campo da saúde mental”, o não esgotamento do caráter interacionista dos processos e relações que envolvem a loucura, tomando este autor, quando aparece, como suporte para pensar questões gerais e o processo histórico de construção de paradigmas no “campo da saúde mental”. Tomo como marco teórico deste trabalho, neste sentido, uma discussão que privilegia a observação das interações sociais, bem como da ideia de “identidade do louco” de uma forma conectada a elaborações cotidianas, discussões baseadas sobretudo em trabalhos de Erving Goffman (2008; 2010a; 2010b; 2011a; 2011b) e de outros autores que se relacionaram com as discussões da etnometodologia e da chamada escola de Chicago (Garfinkel, 1967; Bateson, 1951; 1956). Em trabalhos na área de Ciências Sociais, esta parece ser uma resposta comum nos últimos anos, mas apesar da alegada flexibilidade, muitos trabalhos ainda tomam aspectos do tratamento em saúde mental como naturalizados e essencialmente voltados para perspectivas organicistas.

Esta dissertação, como aconteceu com muitos dos trabalhos que aqui serão referenciados, é resultado de pesquisa feita em um contexto construído e representado por significados e categorias que perpassam a existência de grande maioria dos sujeitos que vivem contemporaneamente no meio urbano. Quando não diretamente relacionados a grande maioria dos sujeitos – como é o caso da medicina, que ainda ocupa um lugar importante nas dinâmicas sociais cotidianas – as questões que a dissertação aborda são de fácil trânsito, como é o caso da autonomia, da cidadania, da dignidade, na vida do sujeito nas instituições sociais contemporâneas. Trata-se, em última instância, portanto, de uma nova oportunidade de refletir sobre a não universalidade dos próprios conceitos ocidentais e das distintas configurações e usos que eles ocupam mesmo nas várias práticas de nossa sociedade, como é o caso aqui, da saúde mental e de um representante de uma de suas mais importantes manifestações concretas atuais: a clínica-dia.

## Sumário da dissertação

O capítulo inicial da dissertação apresenta uma discussão dos aspectos éticos e metodológicos que perpassam o desenvolvimento da pesquisa de campo, bem como aspectos práticos relacionados às dinâmicas cotidianas de pesquisa, locais de pesquisa, fontes, momentos e contextos através dos quais a pesquisa fluiu. Este capítulo contém um relato de caráter mais pessoal da entrada em campo e busca apresentar a compreensão das particularidades da pesquisa – afetivas e metodológicas – o que parece se mostrar muito importante para poder entender o restante do texto e os pontos principais que foram tematizados na escrita da dissertação. Além disto, explico nesta primeira sessão um dos principais vínculos meus com a instituição e também a principal fonte de pesquisa, que foram as *Oficinas de Antropologia*, voluntariado que ocorreu junto à instituição e que dinamizou quase que exclusivamente boa parte da pesquisa etnográfica.

Na segunda sessão do trabalho será apresentada a dinâmica interna da clínica-dia, suas atividades, horários de funcionamento, características dos sujeitos, aspectos mais gerais do espaço, entre outros aspectos referentes a vida e organização cotidiana da clínica. O espaço físico, ao longo da pesquisa, foi uma das realidades que mais apresentou modificações. Inicialmente num determinado lugar geográfico da cidade, onde possuía características específicas e, em seguida, mudado para uma localidade totalmente diferente, a clínica-dia adaptou as atividades que desenvolvia de acordo com estas mudanças (que refletiam, a rigor, processos políticos e dinâmicas organizacionais da própria instituição). Além disto, o chamado “projeto terapêutico” que funcionava como uma espécie de “guarda-chuva” para todos os projetos específicos que se desenvolviam na instituição, também sofreu sucessivas modificações implicando não somente em mudanças nas equipes profissionais, mas na sua efetiva dissolução mais para o fim da pesquisa, fazendo com que algumas pessoas sequer tivessem notícias de “um projeto específico” para a instituição, existindo somente projetos terapêuticos individuais. A explicitação das características destes espaços e das atividades desenvolvidas, ao lado deste processo intenso de mudanças que vivenciou a instituição, são cruciais para compreender o espaço pesquisado, na medida em que é a partir das atividades, da estrutura terapêutica, das normas e combinados, bem como do tipo de relações estabelecidas entre um aspecto e outro, que as características da clínica-dia podem se explicitar.

Ao passo que a primeira sessão investe em uma caracterização mais “sociológica” da clínica, abordando realidades mais cotidianas sobre seus pertencimentos e características de classe, gênero e etc, na terceira sessão busca-se uma discussão mais pontual sobre categorias médicas e sua circulação dentro do espaço da clínica, tendo em mente processos classificatórios e suas relações com os saberes produzidos e advogados como relevantes para o tratamento em saúde mental que lá se conduz. O espaço pesquisado produz uma distinção prática (e não totalmente discursiva, embora também o seja em muitos momentos) entre sujeitos tomados como esquizofrênicos e sujeitos tomados como depressivos de modo que, dentro da clínica, cada “tipo” específico poderia ser lido a partir de um rol de características bastante específico. Além disto, cada grupo, ainda que haja uma circulação de categorias clínicas muito vasta, faz parte de sistemas de classificação muito distintos, o que conduz a distintos níveis de participação na clínica e distintas interpretações sobre o “contexto plural” que a atmosfera da clínica pretende criar. Busco questionar, nesta sessão do trabalho, qual a relação entre as terapias e atividades realizadas na clínica e o que se espera que elas alcancem, bem como apontar elementos presentes nas representações, categorias e classificações que circulam na clínica e constituem o tecido simbólico das práticas observadas.

A quarta, e última sessão, aborda o discurso produzido sobre a vida social a partir das atividades terapêuticas empreendidas na clínica-dia. Vários aspectos desenvolvidos nas sessões anteriores indicam a relação estreita que existe entre os projetos terapêuticos e atividades e o desenvolvimento de habilidades ou características específicas no sujeitos que frequentam a clínica, portanto, numa expectativa que conjuga uma noção de saúde-doença com um desenvolvimento específico da identidade social das pessoas atendidas. O que se encontra na clínica-dia é uma concepção de saúde e doença voltada a percepções correntes no “campo da saúde mental” e, neste sentido, conectadas a visões específicas sobre humano, sobre tratamento, sobre saúde e, mais importante, sobre a loucura, que no momento contemporâneo assume características bastante diferentes de concepções anteriores.

## **1. SAÚDE MENTAL, LOUCURA E PESQUISA DE CAMPO: QUESTÕES “METODOLÓGICAS E AFETIVAS”.**

Como levar adiante a percepção de que o trabalho antropológico se dá propriamente *no campo* quando na pesquisa em contextos institucionais – como é o meu caso – o que se espera do pesquisador são procedimentos que possam ser, desde o princípio, por ele arquitetados, foi um dos grandes motes da discussão metodológica que integra esta pesquisa. Um outro aspecto importante da condução da pesquisa, sem o qual é impossível considerar em sua totalidade a experiência de pesquisa de campo em uma instituição para sujeitos em sofrimento psíquico, diz respeito a intensa manipulação de questões emocionais e afetivas pelos interlocutores da pesquisa. Vários meses da pesquisa aqui relatada foram dedicados, neste sentido, a “negociação do campo”, como se costuma dizer. Este processo de negociação, que a rigor, no caso aqui apresentado não teve um momento muito definido de início e de término, está relacionado com a indissociabilidade entre teoria antropológica e pesquisa de campo, como argumentou Evans-Pritchard (2005; 1985). Também está relacionado com a compreensão adotada ao longo desta pesquisa de que a etnografia é mais do que um procedimento metodológico, e que tem, portanto, seus contornos definidos *ao longo do campo*, que é um procedimento contextual (Peirano, 1995).

Neste sentido, é crucial apontar, que a pesquisa aqui apresentada teve aspectos éticos e metodológicos organizados na medida em que o próprio pesquisador foi sendo inserido na instituição pesquisada. Particularidades referentes à inserção no campo, recortes para pesquisa e, de suma importância, as próprias relações e formas de participação que foram sendo esboçadas, estão diretamente relacionadas a este processo. Tendo em vista estas particularidades, sem as quais não é possível compreender o restante do trabalho, nesta sessão serão apresentadas algumas questões que dão sentido a este processo de entrada em campo, ao processo de definição dos pontos centrais da pesquisa e da própria pesquisa em um contexto que envolve a área da saúde mental.

### **1.1. Entrada em campo, processo de pesquisa e questões gerais sobre a abordagem terapêutica na Clínica-dia.**

Quando pela primeira vez fui apresentado ao projeto terapêutico da instituição com a qual pretendia pesquisar, vários aspectos do processo de tratamento eram descritos a partir da ideia de que o sujeito atendido era submetido a uma compreensão holista de saúde e doença.

Na época se lia no projeto da instituição que os processos terapêuticos adotados faziam parte de um “complexo sistêmico bio-psico-socio-espiritual”. Entre tantos aspectos o hospital realizava além do tratamento medicamentoso e psicoterápico uma intervenção através de um Serviço de Atendimento Espiritual (SAE), através do qual se realizariam, de acordo com aprovação do paciente, palestras espíritas seguidas da realização do tradicional passe. Além disto, informalmente havia relatos de que o hospital estava vinculado a um Centro Espírita da região e que, no passado, também teriam havido sessões de desobsessão destinadas aos pacientes atendidos no hospital. Soma-se a isto o fato de o projeto apontar a preferência da instituição pela contratação de profissionais que tivessem algum vínculo com o espiritismo e, mais que isto, de em muitas das minhas conversas eu ter obtido informações sobre meu campo precisamente com membros da comunidade espírita.

Por volta de Julho de 2011, quando me aproximei, por intermédio de uma colega de mestrado, da instituição psiquiátrica na qual pretendia realizar pesquisa de campo, eu me aproximei, portanto, com a intenção de desenvolver um estudo etnográfico sobre este contato entre psiquiatria e espiritismo, partindo do pressuposto de que havia ali um encontro de distintas práticas culturais, tendo em mente a ideia de um encontro entre racionalidades terapêuticas. Tomava a psiquiatria, nesta iniciativa de projeto, a partir de uma perspectiva que a considerava biologicista do ponto de vista de sua organização teórica e terapêutica, e normatizadora do ponto de vista de suas influências na sociedade (Cf. Foucault, 2010; Goffman, 2010, entre outros). Além disto, considerava o espiritismo antes de tudo como uma modalidade de conhecimentos sobre o mundo que procurava mobilizar um “mundo invisível” (Cf. Cavalcanti, 1988) nas suas compreensões sobre saúde, reduzindo a discussão sobre espiritismo e saúde mental à crença corrente na doutrina espírita de que a obsessão espiritual pode causar transtornos mentais. Com o tempo, estas percepções invariavelmente se tornaram inviáveis, pois de um lado se produzia uma reificação do que fossem psiquiatria e espiritismo, reduzindo suas manifestações empíricas ao que eu já pressupunha serem, e de outro, não se conseguia produzir uma abertura na instituição para o desenvolvimento da pesquisa de campo, pois quando investia na tentativa de explicar a ideia de pesquisa os interlocutores não conseguiam compreender a proposta ou então julgavam a pesquisa desinteressante uma vez que afirmavam não haver algo como uma influência espírita naquele ambiente.

A colega que então me havia possibilitado a primeira visita na instituição conhecia Carlos<sup>22</sup>, um psicólogo do hospital-dia<sup>23</sup> (uma das unidades do hospital). Durante

---

<sup>22</sup> Todos os nomes de interlocutores da pesquisa foram substituídos por nomes fictícios.

aproximadamente cinco meses visitei eventualmente esta unidade somente de modo informal e mantive algumas conversas com este psicólogo, ora por e-mail e hora presencialmente, que então me apresentou as dependências do hospital, a equipe do hospital-dia na época e abriu caminho para as primeiras discussões a propósito da realização da pesquisa. Apesar de haver alguma compreensão quanto à existência da disciplina e do tipo de trabalho que realizava o antropólogo, *como* eu conduziria uma pesquisa nestes termos neste local ainda não estava claro para meu interlocutor. Somava-se a isto o fato de a instituição com a qual pretendia trabalhar ter um histórico difícil no que dizia respeito a “autorizar” antropólogos a realizar pesquisas em suas dependências, além de toda a representação corrente de que instituições de saúde não entendiam a lógica da antropologia e que pesquisas deste gênero seriam, em si, dificultosas, demoradas, provocariam atrasos, prejudicariam prazos e etc<sup>24</sup>. Buscava negociar meu campo de modo que eu fosse inicialmente aceito no lugar e pelos membros do grupo e não que alguma instituição ou comitê autorizasse, de modo metadisciplinar, minha pesquisa, pulando a etapa do reconhecimento mútuo entre pesquisador e interlocutor ou da possibilidade de que eu definisse recortes metodológicos e abordagens no contato com o campo. Tudo isto posto, quando me aproximei da instituição eu possuía pouco mais do que um recorte geral de pesquisa e um interesse pela área da saúde mental para explicitar, o que dificultou sobremaneira as primeiras investidas.

Deste imbróglio inicial acabou surgindo, já perto do final de 2011, a proposta de que eu visitasse o hospital-dia para conhecer melhor o ambiente e me familiarizar com as propostas terapêuticas, para então definir a pesquisa. Além destas visitas, que estariam sujeitas a uma aprovação prévia do psicólogo, a instituição, através deste mesmo interlocutor, sugeriu que eu participasse do tratamento oferecido como um “voluntário”, ministrando “oficinas de antropologia” aos pacientes. Na época não havia clareza por parte da instituição sobre o que seriam tais oficinas e de minha parte também não sabia como fazê-las. Não obstante, aceitei a proposta, pois ao mesmo tempo em que conheceria melhor meu campo de pesquisa, me aproximaria dos possíveis temas com os quais pretendia trabalhar, o que possibilitaria uma abordagem metodológica mais adequada e a proposição da pesquisa ao comitê de ética – quando acontecesse – mais adequada ao contexto do hospital.

---

<sup>23</sup> Nesta época a unidade era denominada a partir da expressão “hospital-dia”. Mais tarde, com a ocorrência de uma reestruturação do espaço e do projeto terapêutico da instituição, o serviço passou a chamar-se “clínica-dia”. Este processo será descrito no Capítulo II.

<sup>24</sup> A rigor, por parte de interlocutores fora do hospital ou por parte de meus pares (professores e colegas) havia uma dúvida retumbante sobre o que ainda poderia ser falado sobre um hospital psiquiátrico e possíveis relações com a religião; como um antropólogo pesquisaria tal ambiente, entre outras questões.

As atividades que seriam realizadas foram chamadas, a pedido do psicólogo Carlos, de “Oficinas de Antropologia e Memória”, pois se pretendia abordar temáticas da memória dos pacientes, suas histórias de vida, trajetórias até chegar ao hospital e etc. Neste período, o psicólogo que me acompanhava, apesar de discordar de minha proposta de pesquisa inicial, se mostrava um verdadeiro entusiasta das reflexões empreendidas no campo da antropologia. Por diversas vezes tive a oportunidade de conversar com ele sobre as experiências com antropologia (em sua graduação ou em projetos já no exercício da psicologia) que ele já teria vivido e de como estas eram, em sua perspectiva, experiências que permitiam uma abertura do olhar e uma maior reflexividade sobre a vida humana. Neta mesma direção deveriam caminhar as oficinas: de “abertura do olhar” dos pacientes, de crítica sobre questões sociais e existenciais. Foi das discussões sobre as aproximações entre antropologia e psicologia, as distinções entre elas, as perspectivas de atuação no mundo, entre outros aspectos deste encontro, que acabou surgindo a proposta de participação como voluntário.

Ao final de 2011, apesar de ter realizado apenas três ou quatro visitas como voluntário da “Oficina de Antropologia”, eu já tinha vários interlocutores dentro da instituição, fossem terapeutas ou pacientes. Além disto, várias relações mais próximas foram se construindo, relações que carreguei durante toda a pesquisa de campo e que foram um misto de interlocução para pesquisa e de afinidade. As oficinas também foram uma oportunidade de aproximar os pacientes psiquiátricos do pesquisador acadêmico em antropologia. Ainda que envolvidos em propostas de reestruturação da prática psiquiátrica, muitas instituições de saúde mental tendem a legitimar determinadas práticas profissionais em detrimento de outras. Neste sentido, as oficinas se revelaram uma grande possibilidade, ainda que não tenha sido possível realizar tal feito com propriedade nesta pesquisa, de refletir sobre o encontro entre as Ciências Sociais e os saberes *psi*. Inúmeras vezes ainda fui advertido na clínica, principalmente pelos pacientes, para tentar sempre fazer as coisas com mais calma, buscando um equilíbrio entre minhas práticas e minha saúde, bem como me dedicar menos ao trabalho e mais ao meu lazer, dar atenção para minha própria saúde mental, etc. As advertências, que não raro vinham na forma de “Logo, logo você estará aqui!” ou “Este lugar está cheio de professores e pesquisadores!” (atividades que eu acumulava ou parecia representar na clínica), evidenciavam a um só tempo a produção de relações de maior cumplicidade dentro da clínica e, também, o que me parecia uma efetiva relação de interlocução, que autorizava meus “observados” a interferirem ou opinarem na própria dinâmica através da qual eu organizava minha vida privada e profissional. Mais que isto, porém, este tipo de advertências ou preocupações começaram a dar clareza para o perfil das pessoas que frequentavam a clínica,

seus pertencimentos e, sobretudo, apresentar um dos aspectos mais marcantes da concepção de “saúde” que permeava as práticas da clínica: a associação entre desenvolvimento pessoal/cuidado pessoal e saúde mental.

A história de como iniciei esta pesquisa de campo e de como, inicialmente, não solicitei autorização do comitê de ética para trabalhar “oficialmente” como pesquisador, está diretamente associada às inflexões que aconteceram ao longo de minha estadia na instituição e com esta entrada como voluntário. Poderia hoje me questionar, como possivelmente será feito pelos meus leitores, o porquê não solicitei imediatamente ou em período mais inicial, autorização de Comitês de Ética para realizar a pesquisa. Não o fiz simplesmente pelo fato de, no contexto onde eu estava me apresentando, a solicitação para autorização formal nunca ter sido mencionada. Nos quatro primeiros meses de aproximação da instituição não havia a menor condição para apresentação de um projeto ao Comitê de Ética da instituição, pois eu precisaria, no mínimo ter a certeza de que o projeto que estava propondo não feriria susceptibilidades dos membros da instituição, que era um projeto que seria também viável para meus interlocutores e, além disto, que havia alguma reverberação das hipóteses iniciais nas práticas cotidianas. Isto é, apesar de já ter uma abordagem geral da instituição, nada indicava – nem mesmo minhas conversas com meu interlocutor dentro da clínica – que da forma como tomava o hospital eu teria um projeto aprovado por seu comitê. A leitura que tomo desta série de situações é que, havendo um interesse do psicólogo pela perspectiva da antropologia, mas não exatamente pela perspectiva do meu projeto, a própria instituição solicitou que eu estivesse em contato com sua realidade e que, em tempo hábil, produzisse um projeto que fosse viável. Fazendo isto eu acabei me tornando um *voluntário que estava buscando realizar uma pesquisa*. Já nas primeiras visitas, dentro desta condição, os pacientes foram informados pelo psicólogo de que eu era um pesquisador e que estava buscando conhecer aquele ambiente de um jeito melhor, saber o que entendiam por saúde e doença, e que, enquanto faria isto, também trabalharia como voluntário, oferecendo alguns debates sobre minha área. Permaneci desta forma por quase todo o trajeto de pesquisa.

Ao longo do desenvolvimento das oficinas eu busquei explicitar o que era a antropologia levando discussões sobre alguns aspectos centrais da disciplina, como alteridade e relativismo. A dinâmica das oficinas, no entanto, não foi a mesma o tempo todo. Inicialmente eu não adotei a prática de ter cadernos de anotações quando estivesse dentro da clínica, exatamente para evitar que minha imagem fosse vinculada a de um membro da equipe. Como é muito frequente que os terapeutas caminhem pela clínica com cadernos de anotação, prontuários e, ao longo de suas atividades, que realizem anotações, eu tentei evitar



coisas semelhantes. Por este mesmo motivo, iniciei minhas “atividades de grupo” buscando evitar discutir a doença de cada um ou os diagnósticos específicos que os faziam estar na clínica, tentando me afastar do modelo clássico de atividades terapêuticas, onde o foco parecia ser sempre dado na doença. Como sugeria meu primeiro interlocutor, os pacientes se tornam especialistas em suas patologias e quando perguntados sobre qualquer coisa (mesmo fora de sua própria experiência pessoal) só conseguem produzir reflexões que fazem referência aos sofrimentos individuais, aos seus números de CID (Código Internacional de Doenças), às suas próprias patologias. Minhas primeiras atividades, neste sentido, tinham como pressuposto o conhecimento de algum tópico específico da antropologia (memória, alteridade, relativismo, sociedade, cultura, entre vários outros) e a utilização de algum método de exposição aleatório: apresentação de *slides*, pequenas leituras em grupo, músicas, poemas, recorte em revistas, montagem de cartazes, entre outros.

Em uma de minhas primeiras oficinas, contudo, quando havia montado um pequeno projeto para apresentar ao psicólogo que me acompanhava e quando havia proposto uma atividade de recorte de imagens para construção de uma cronologia de vida de cada paciente, a fim de discutir o tema da memória, recebi severas críticas de meu interlocutor. Neste dia ele me disse que havia me “sentido diferente”; que eu não era o mesmo do primeiro encontro, quando havia feito uma pequena fala para os pacientes e tentado motivá-los a conversar sobre os temas da antropologia. Levando um projeto, propondo atividades em que eles próprios trabalhassem, eu pensava em evitar que eu fosse visto como um “portador de conhecimentos” ou como um “palestrante”. Pensava provocar o trabalho e a fala dos membros do grupo e não insuflar categorias ou reflexões em meus interlocutores. No início este era um grande medo, pois não tendo ainda clareza sobre “como seria minha pesquisa de campo” eu queria evitar ao máximo levar categorias minhas ou projetar reflexões antropológicas sobre as experiências de cada paciente. Meu interlocutor interpretou com minha postura “distanciada”, contudo, que eu na verdade produzia uma reflexão preconceituosa sobre os pacientes psiquiátricos. Recordo que nesta conversa eu disse a ele que a antropologia, enquanto disciplina acadêmica, geralmente não circulava por esferas onde fosse usada ou interpretada tão diretamente como uma modalidade terapêutica. Por este motivo, era definitivamente interessante esta forma de utilização do meu conhecimento, mas também me provocava medo ter em “minhas mãos” a vida das pessoas, justamente por perceber a “saúde mental” como um campo complexo. Quando assumi esta postura, porém, e fui criticado por um certo “excesso de objetividade”, me dei conta de que estas oficinas, para acontecerem, precisariam assumir uma tônica mais terapêutica e menos de uma atividade “extra-curricular”, onde se aprende a desenvolver

alguma habilidade. Depois do ocorrido, e por todo o período de realização do campo, as oficinas de antropologia acabaram assumindo um perfil mais próximo das próprias práticas e expectativas da clínica-dia, que se fundamentam – como veremos – na ideia de reunião de grupo, da participação através da fala, da exposição do terapeuta seguida de debate com o grupo, etc. A despeito disto, procurei sempre manter a oficina como um espaço onde os participantes sentissem não somente o potencial terapêutico buscado pelos profissionais na antropologia, mas que sentissem também o potencial de crítica e reflexão sobre a saúde mental que a antropologia poderia oferecer. As oficinas tiveram sempre, em minha perspectiva, um perfil contestador da própria estrutura da clínica-dia, ainda que realizada nos moldes das atividades do local.<sup>25</sup>

Ao final de 2011, subitamente, as oficinas precisaram ser encerradas. Ocorre que em todo o período de pesquisa a instituição passou por uma série de reorganizações, tanto de seu projeto terapêutico, quanto dos próprios profissionais e equipes que a constituíam. Numa das etapas desta reorganização, meu interlocutor acabou perdendo o cargo junto à clínica e sendo transferido para outra unidade. Quando consegui reestabelecer contato com a instituição, já por volta de março de 2012, passei a me comunicar com uma outra funcionária da instituição, Ivete, também da área de psicologia, que no período era responsável pelos voluntários. Deste período em diante me tornei formalmente um voluntário no hospital-dia privado, onde passei a realizar oficinas de “Antropologia e Saúde”, por solicitação de minha nova interlocutora. Nestas oficinas eu deveria abordar a temática de “projetos de vida”, pois ao saírem da instituição os pacientes precisariam ter uma reflexão já consistente sobre o que fazerem para se reintegrarem em seus contextos familiares e de trabalho. Na primeira vez em que as oficinas de antropologia foram consideradas como uma possibilidade, Carlos entendia que os pacientes psiquiátricos tinham como grande característica o fato de conhecerem muito minuciosamente suas próprias patologias, em alguns casos até mais que seus médicos. Neste sentido, o trabalho com a antropologia deveria possibilitar o lançamento de outros olhares para a sociedade, de modo geral, e para cada um, em específico. Ele costumava comentar que era como se os pacientes vissem suas vidas somente com uma coloração e a antropologia poderia trazer “outras cores” para suas experiências de vida. Na segunda experiência com as

---

<sup>25</sup> Também no âmbito da Antropologia, a fala e a manifestação individual são códigos de conduta, bem como de ensino e reflexão teóricas. Ainda que a fala, na clínica-dia, seja lida por meio do aparato psicológico/psiquiátrico, em ambos os contextos existe uma centralidade neste tipo de prática. Isto ajuda a pensar a adaptação relativamente fácil da proposta de oficina aos moldes da clínica e a aceitação rápida de meu interlocutor, baseado na primeira impressão de uma exposição seguida de diálogo com os participantes. A impossibilidade de fugir deste padrão, no entanto, evidenciada na discussão com o psicólogo, culminou numa associação nem sempre fortuita entre a antropologia e o corpo de terapêuticas da clínica-dia.

oficinas, por outro lado, a intenção se configurava muito mais num lado “terapêutico”, no que diz respeito a uma adequação ao projeto ideológico mais geral da instituição. Se pode dizer que a experiência no hospital deveria ser vista, na perspectiva de Ivete, como algo passageiro, como um momento de “parar” a “forma antiga” de encarar a vida e investir numa reflexão, reorganização das próprias percepções sobre a vida cotidiana, em especial o trabalho e a família. Por este motivo, os pacientes deveriam ficar pouco tempo com vínculo direto ao tratamento proposto na instituição, tendo em vista o investimento em uma tentativa de “reintegração” do sujeito aos seus laços sociais.

O tema do “social”, que é importante para o campo da saúde mental, como comentado na introdução do trabalho, foi muito recorrente ao longo da pesquisa, mas apareceu, a partir deste exemplo das oficinas, de modos muito específicos. Na primeira parte do campo, no período compreendido até o início de 2012, a ideia que se fazia de uma perspectiva social no tratamento me chegava a partir da colocação da antropologia como um elemento relevante. Isto é, falar sobre o social, neste momento poderia provocar uma maior reflexividade, bem como a percepção de outras possibilidades de vida, numa proposta que não raro estava muito vinculada a uma visão específica do humano e que, no caso da clínica, era relacionada com as perspectivas de humano do espiritismo e também com as próprias perspectivas de atuação no campo da saúde mental. No segundo momento, o social passou a ser a vinculação intrínseca de cada paciente à “vida fora da clínica” propriamente, portanto tomando o social como uma área exclusiva e específica do humano, que se processaria necessariamente fora do hospital (trabalho, atividades de lazer, família).

Os desdobramentos daquela breve discussão no fim de 2011 acabaram direcionando uma série de questões em meu campo. Uma das primeiras questões que Carlos apontou dizia respeito ao fato de ser preciso ver os pacientes como seres humanos integrais e não como “humanos parciais”. Isto é, ao ter medo de “mexer na vida das pessoas” e temer a existência de uma “não neutralidade” eu estaria pressupondo uma sensibilidade exacerbada ou uma necessidade de tutela nos pacientes com os quais realizaria a oficina. Ao me dizer que havia preferido minha postura no primeiro dia ele menciona a existência de um “pulso firme” com os pacientes e um posicionamento enfático na explicação do que fosse antropologia. Esta postura, no entanto, teria estado ausente na segunda oficina, quando eu cheguei armado com projetos, multimídia e recortes de revistas. De acordo com meu interlocutor eu pressupus que eles precisariam ser cuidados ou tutelados. A percepção que o psicólogo proporia, em contrapartida, seria a de **ver os sujeitos como *integrais* em sua essência, não como sujeitos *partidos* pela experiência da loucura. Tratá-los, na vida cotidiana, como se trataria um**

**ser humano [“qualquer”] seria tanto uma estratégia como uma necessidade, além de uma proposta que se coadunaria com os princípios da reforma psiquiátrica. Me posicionar em um lugar de “tutela” seria, na verdade, uma forma flagrante de desrespeito.** Entre outras coisas, me senti absolutamente desconcertado e ferido com esta discussão. Tendo sempre me arrogado um posicionamento mais político e preocupado com a utilização que a clínica fazia da “loucura”, da doença e dos saberes, me senti encurralado ao perceber que eu mesmo poderia estar reelaborando, com um discurso antropológico de cuidado, a mesma noção de tutela e sujeição. Nesta conversa se pode acessar o modo principal a partir do qual se busca olhar os pacientes neste contexto que tenho tentado descrever. Por outro lado, porém, a expectativa de um comportamento enfático e mais monológico por parte de meu interlocutor, expõe um outro aspecto importante do tratamento, e que não é menos tutelador, qual seja a pressuposição de que o terapeuta possui conhecimentos a serem repassados e o paciente conhecimentos a serem aprendidos.

Grande parte da observação empreendida nesta pesquisa deve sua ocorrência às oficinas de antropologia e à esta abertura da instituição para uma “alternativa terapêutica”. As oficinas aconteceram, porém, tanto na qualidade de uma contrapartida, portanto, com toda a significação que isto contém para a pesquisa antropológica; quanto na qualidade de um processo de voluntariado típico para a instituição, portanto, com toda a relevância que isto tem para o tratamento que lá se propõe. Como as coisas chegaram a tal ponto é uma questão importante a ser discutida, no entanto, seja como for, as oficinas foram lidas por mim primordialmente a partir de uma perspectiva etnográfica e, por este motivo, sempre foram alvo de ansiedade, problematização e reflexão. Existe, assim, bastante centralidade nesta forma de inserção na pesquisa aqui relatada.

As oficinas duraram por aproximadamente um ano e aconteciam, em geral, nas terças e quartas-feiras. No período da manhã, as terças, com o grupo de pacientes do grupo de Álcool e Drogas (AD) e no período da tarde, as quartas, com o grupo de pacientes de Transtorno Mental (TM). Além das oficinas a equipe da clínica-dia, durante todo este período, possibilitou a participação em reuniões de equipe, de encontros familiares, de reuniões gerais de pacientes, de participação de diversas atividades terapêuticas com profissionais da clínica. Ao lado das oficinas de antropologia, esta vivência das atividades compõe a parte mais essencial da condução da pesquisa. Ainda foi possível, por algumas vezes, embora não de forma sistemática, ter acesso a alguns diários individuais dos pacientes (que foram escritos por um curto tempo pelos pacientes) e livros de atividades e de presença. Também sempre houve possibilidade de acessar o guichê de atendimento da equipe e os materiais que eles

próprios dispunham para efetuar suas atividades. As possibilidades que a equipe foi, ao longo do tempo, oferecendo, bem como as informações que sempre compartilhavam tem muito a ver com a própria presença de um “pesquisador” em seu meio, mas é fruto essencial, assim me parece, do próprio lugar que ocupei ao longo deste período na clínica, que sempre foi um lugar híbrido de “pesquisador”, “voluntário” e, de certa forma, de “terapeuta”.

Quando a oportunidade surgiu eu solicitei ao Comitê de Ética da instituição autorização para ficar integralmente na clínica-dia por um período de trinta dias. Efetivamente, não houveram grandes dificuldades com o Comitê de Ética, ao contrário de grande número de pesquisas em instituições de saúde. No entanto, como minha chegada à instituição foi acompanhada por diversas modificações internas e externas, nunca houve um terreno seguro e interlocutores que se mantivessem por tempo suficiente para que, do ponto de vista institucional, eu fincasse raízes. Esta oportunidade só foi surgir no segundo semestre de 2012, quando uma proposta de pesquisa já estava bastante amadurecida e quando a instituição já entrava num período de maior estabilidade organizacional. Entre dezembro de 2012 e fevereiro de 2013, com autorização direta da diretora da clínica onde estava, e com autorização formal do Comitê de Ética do hospital realizei, assim, um período “intensivo” de campo junto a clínica-dia. Sabendo de minha dificuldade com relação aos prazos, a instituição aceitou se enquadrar como “proponente da pesquisa”, evitando que eu tivesse que passar pelo Comitê de ética de minha Universidade, o que atrasaria sobremaneira a pesquisa. Durante este período busquei estar na clínica todos os dias da semana durante os dois períodos de atendimento (manhã e tarde) e, quando não durante todo o horário (das oito da manhã às cinco da tarde), pelo menos em atividades de um dos períodos. Neste período, ainda, fui convidado pela clínica a participar de uma semana cultural durante o período de fim de ano, participando de outros cursos e, em alguns casos, substituindo membros da equipe quando necessário.

## **1.2. Oficinas de antropologia e saúde**

As oficinas sempre chamaram muita atenção das pessoas que dela tomaram conhecimento: interlocutores na clínica, colegas da antropologia, pessoas não diretamente vinculadas ao trabalho, entre outros. Por um lado a inserção de uma ‘proposta de tratamento’ – pois, afinal, era disto que se tratava da perspectiva dos pacientes da clínica – que estava amparada fortemente nas Ciências Humanas e propunha, a rigor, qualquer coisa menos a possibilidade de discussão de saúde mental (como tratamento), soava muito estranha: afinal, teria o “antropólogo” habilidades para fazer isto? Como esta proposta ajudaria diretamente no

tratamento? A estranheza causada pela oficinas não se referia somente aos seus conteúdos teóricos e metodológicos – conteúdos que boa parte dos interlocutores somente conhecia de maneira algo imprecisa e simplificada – mas pelo fato de a antropologia ser, portanto, uma neófito, naquele contexto, nas propostas de tratamento no campo da saúde mental. Neste sentido, desde o início, realizar as oficinas foi como um trabalho profissional de descoberta de uma nova potencialidade da disciplina, pois o tempo inteiro tive que justificar minha presença – fosse pela pesquisa, fosse pelo papel que a instituição queria ver na oficina. Como consequência óbvia deste lugar híbrido, ao longo da pesquisa eu acumulei diversos títulos: médico, psiquiatra, psicólogo, terapeuta, professor, pesquisador, entre outros.

Por outro lado, a própria clínica – a partir de seus terapeutas, de seus projetos terapêuticos, sua estrutura organizacional – reiterava a relevância de se discutir “o social” no tratamento destes sujeitos, justificando a presença da antropologia a partir da sua inserção na própria dinâmica das atividades da clínica. Na prática, portanto, as oficinas de antropologia, que mobilizaram grande parte da pesquisa, são nada mais que uma manifestação do conceito nativo de que **o tratamento em saúde mental deve necessariamente ser holístico**. Mais que isto: as oficinas tiveram um ritmo de realização definitivamente semelhante ao dos demais grupos da clínica, o que é óbvio; pois apesar de conduzidas por mim elas eram frequentadas por dezenas de especialistas na organização das atividades terapêuticas neste meio: os pacientes e, não raro, membros da própria equipe. Como se mostrou no início da pesquisa, ainda que eu quisesse desenvolver atividades algo diferentes – o que acabou se tornando possível mais ao fim do período de campo, quando passei a levar pequenos textos para leitura, poemas, atividades lúdicas – eu não poderia alterar significativamente a estrutura da atividade, que já era conhecida *ad nauseam* por todos, após reiteradas internações ou longas temporadas de tratamento.

Em boa parte das vezes que visitei a clínica exclusivamente para realizar as oficinas de antropologia busquei chegar alguns minutos antes do marcado para seu início, sobretudo para ter a oportunidade de conversar com os pacientes. Por algumas vezes Ivete estimulava esta participação “paralela” das atividades da clínica, para poder conhecê-los melhor e entender sua vida cotidiana, o que se mostrava muito importante para a pesquisa. Por um bom tempo a oficina também era realizada logo após o momento de lanche dos pacientes, o que possibilitava uma conversa entre todos, minutos antes do início da oficina. Estes minutos de conversa possibilitavam que se tomasse conhecimento dos acontecimentos recentes da clínica, questões que no dia tivessem sido relevantes, problemas que pontualmente um ou outro paciente estivesse enfrentando, conteúdos das atividades dos terapeutas, entre outras matérias

de suas vidas na clínica. Nas oficinas estes conhecimentos e estas informações eram lembrados por mim e por muitos dos pacientes como formas de buscar passar suas ações cotidianas por alguma espécie de “discussão” ou “visão crítica”, fazendo com que compartilhassem informações sobre suas trajetórias e de seus percursos terapêuticos uns com os outros.

Meu posicionamento com os pacientes sempre foi o de que na oficina de antropologia investiríamos um pouco de nossas discussões na tentativa de conhecer coisas sobre as quais não falaríamos habitualmente, pelo menos não com interesse de crítica. Neste sentido, buscava discutir com os participantes temas como o amor, a morte, a raiva, a tristeza, entre outros temas recorrentes que eram particularmente reiterados nos discursos na clínica, problematizando seu conteúdo biológico e apresentando interpretações antropológicas. As argumentações de Rezende & Coelho (2010), a propósito da antropologia das emoções, foram cruciais para esta discussão, sobretudo no que diz respeito ao condicionamento histórico e cultural das emoções, o que se mostrava importante para desconstruir argumentos fisicalistas sobre o sofrimento. Quase sempre buscava apresentar excertos de etnografias onde se pudesse ter uma noção ou experienciar (ainda que através do texto) uma espécie de “choque cultural” no contato com outras práticas e culturas. Um outro posicionamento que tomei de maneira proposital e radical perante os pacientes era o de crítica com relação ao saber biomédico ou de relativização das “verdades” dos saberes psi e das questões cotidianas na clínica, tais como saúde, medicação, loucura, normalidade, anormalidade, entre tantos outros. Isto me rendeu, ao fim do campo, a obtenção de algumas mímicas por parte dos pacientes, que simulavam minha cara amarrada, meus tiques nervosos e minha maneira de chamar atenção das pessoas nas oficinas, além de pantomimas de falas como “Vou fazer uma provocação!”, “Vou lançar uma questão pra vocês”, e “O que é isto?”. Ainda que as oficinas fossem um momento de conhecer as trajetórias dos pacientes, tomar conhecimento das questões que lhes eram caras e das questões que atravessavam sua existência na clínica-dia, também compreendi completamente a ideia de que a antropologia poderia oferecer, no limite, um pouco de “ajuda” a estes sujeitos, na medida em que se tornava possível desconstruir preconceitos e interpretações unívocas sobre si mesmos e sobre a sociedade. Neste sentido, na maioria das vezes em que buscava relativizar suas tristezas ou frustrações era na direção de mostrar a não universalidade de nossos conceitos e, conseqüentemente, a grande diversidade de experiências e formas de comportamento que haviam sido estudadas e observadas. Nota-se, portanto, que em certa medida eu também fiz uma oficina que falava do holismo e da busca de “outras visões”.

Existiram, neste sentido, duas modalidades de oficinas. Uma delas acontecia quando pacientes novos entravam na clínica e participavam do grupo. Nestes dias eu pedia para que os novatos que se sentissem a vontade, falassem sobre seu processo de entrada, sobre as questões que os fizeram estar lá. Algumas vezes, resistentes, nada falavam, resumindo-se a dizer o nome e quaisquer informações relacionadas à suas “doenças”, mas em um bom número de vezes eles embarcavam em grandes explicações ou em questionamentos. As explicações, por sua vez, eram alvo de objeção dos mais “velhos” ou dos auto proclamados mais experientes na doença “X” ou “Y”, o que conduzia a grandes discussões que duravam quase sempre em torno de uma hora o uma hora e meia. Talvez impelidos pela exposição dos “novos”, todos se sentiam convidados a participar das discussões e descreviam experiências que se assemelhavam ou não com as que estavam sendo narradas. Perante a clínica-dia (perante os saberes curadores) a grande maioria das pessoas buscava expor seus motivos, expor suas vidas. Não necessariamente buscando ajuda, pois toda a tristeza e o discurso inflamado quase sempre demonstravam formas de resistência e, mais que isto, a crença em modalidades explicativas que eles próprios já tinham mobilizado. Na oficina, portanto, os pacientes não mostravam estabelecer necessariamente um nexo causal entre sua *doença* e sua ida à instituição, mas demarcavam um espaço de poder, como se dissessem “continuo de cabeça erguida”, “não me renderei”.<sup>26</sup> Por ser o “espaço da ajuda” a clínica parecia representar tanto uma *derrota* – na medida em que indicava a falência de explicações pessoais e buscas individuais – e uma *vitória* – na medida em que a partir de sua exposição também buscavam a ajuda de outras instâncias.

Outra “modalidade” de oficina era quando deliberadamente se propunha aos participantes algum tipo de assunto, tendo em vista um conhecimento interpessoal de todos. Quando pensava nos temas a serem desenvolvidos nestas oficinas eu tinha em mente, de um lado, as expectativas da equipe de profissionais e, de outro, as expectativas dos pacientes. É impossível descrever com muita precisão todas as oficinas exatamente porque cada grupo realizado sofria inflexões de ambas as partes e era determinado pelo número de participantes, pela participação e interesse direto dos que estavam presentes, entre outros aspectos. Em geral, no entanto, tudo se passava da seguinte forma: num primeiro lugar, ocupando um momento importante, embora aparentemente informal, as pessoas conversavam, diziam coisas sobre as atividades do dia, opinavam sobre questões políticas, novidades, entre tantos outros. Em muitas ocasiões a “oficina” efetivamente se desdobrava exatamente a partir destas

---

<sup>26</sup> Como veremos adiante, isto corrobora a abordagem teórica adotada nesta dissertação, que resgatará o papel “deslegitimador” do eu que assumem instituições psiquiátricas.



conversas informais, sem um marco formal para o seu início ou sem que eu precisasse falar sobre “um tema”. Em outros momentos, porém, quando a conversa por si só não continuava eu sugeria então que discutíssemos um ou outro ponto que teria sido abordado pelos pacientes em suas reflexões iniciais. Nestas ocasiões não era difícil fazer associações com outras oficinas, com outras temáticas, ou com certos tipos de reflexão na antropologia pois, como veremos adiante, as matérias principais de “reclamação” envolviam basicamente a temática da família, bem como relacionamentos (namoros, frustrações amorosas, traições); trabalho e toda a complexidade que a categoria carrega: dinheiro, sobrevivência, sustento, entre tantos outros e, ainda; religião, embora ela sempre tenha aparecido em menor escala nas falas dos pacientes, que sempre julgaram (pelo menos um bom número deles) um tema chato ou complicado para ser abordado. Quando não individualmente os três temas apareciam relacionados: em alguns casos, por exemplo, quando a possibilidade de trabalhar era negada por cônjuges (ou simplesmente não era vista como necessária); após experiências de traição, separação ou morte quando muitas(os) não encontravam meios de sustento ou trabalho; problemas com filhos; etc.

Houve ainda outros momentos em que foram apresentadas aos pacientes reflexões particulares da própria antropologia, seguido de um momento de debates sobre a questão apresentada. Nestes dias temas como a morte, o sofrimento, saúde, amor eram levantados e, como costumava dizer, o objetivo era debater “outras possibilidades”. Sempre buscava fazer com que os temas fizessem sentido para os problemas que enfrentavam ou que, minimamente, a interpretação que por vezes eu pudesse oferecer reverberasse nas situações que vivenciavam. Mais do que uma inclinação para o “auxílio” destes sujeitos esta prática era uma forma de fazer com que as oficinas continuassem sendo uma alternativa no rol de atividades da clínica e que, num certo sentido, continuasse havendo alguma atratividade no grupo. Neste sentido, sempre foi muito presente uma pressão dos pacientes para que minhas falas ou os temas propostos se aproximassem de suas realidades. Por parte da clínica, a pressão também existia mas ela vinha sempre na forma de “falar sobre o social” e instigar a visualização de temas de um “social” que nem sempre era o mesmo que se fala na antropologia, mas o social a partir de uma noção de sensibilidade à *problemas* enfrentados na sociedade, um social não das coisas vividas mas como uma esfera “a mais” na constituição do humano e, portanto, como uma área para mecanicamente conhecer, se apropriar e participar.

Nunca houve um fio condutor específico para as oficinas, salvo aquele solicitado pela instituição, de discutir os aspectos sociais envolvidos com a saúde. Iniciando os grupos desta maneira, o tom principal das discussões era sempre dado pelos pacientes e pelas histórias que

eles mesmos queriam compartilhar. Meus comentários, por sua vez, caminhavam na direção daqueles que esbocei anteriormente e, não raro, também eram compartilhamentos de experiências e crenças pessoais. Por possuir um perfil híbrido – pesquisa e atividade de grupo – nunca achei de bom tom solicitar aos pacientes que me autorizassem a gravar as oficinas, sobretudo porque tal solicitação enfrentaria várias barreiras perante alguns pacientes e perante a instituição, ainda que ambos tivessem conhecimento de minha pesquisa e meu olhar ao procurar a clínica. As principais questões abordadas nas oficinas encontram-se discutidas no último capítulo da dissertação e dizem respeito, em especial, a temática da identidade e, concomitantemente, aos três grandes focos de discussão e de problemas relatados por meus interlocutores: família, trabalho e religião.

### **1.3. Questões metodológicas e afetivas.**

Iniciei este texto fazendo uma associação direta à conhecida introdução do livro *A Máquina e a Revolta* de Alba Zaluar (2000). Como um grande número de pesquisadores, em campo eu me questioneei sobre o contato que estava estabelecendo com meus interlocutores; sobre o tipo de expectativas que eles criavam; como eu era visto e como eu os via a partir deste contato; sobre como equacionar os resultados emocionais do campo, entre tantas outras questões. Ainda que evidentemente o texto de Alba Zaluar tenha estado em algum momento vinculado ao meu processo de formação como cientista social, não me dei conta desta introdução “afetiva e metodológica”, que é o que faz a autora ao abrir o clássico, até bem pouco tempo antes de começar a escrever este texto. A releitura da introdução, depois de realizado um determinado período de campo, mostrou-se crucial para destrinchar questões que se mostravam de difícil digestão ao longo do campo. Isto porque me pareceu que muitos elementos da descrição metodológica da pesquisa na Cidade de Deus se repetiam, ainda que num contexto totalmente diferente, em minha pesquisa junto a uma clínica para tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico. As discussões desta sessão são igualmente “metodológicas e afetivas”, pois ambas as categorias permitem, a um só tempo, descrever importantes áreas de reflexão da pesquisa de campo desenvolvida para esta dissertação.

As principais questões levantadas pelos pacientes, as discussões cotidianas, conversas de corredor, assuntos de grupos de atividades, enfim, a matéria principal da clínica-dia é constituída basicamente das relações entre as pessoas, das frustrações, conflitos, tristezas, alegrias, hesitações e posicionamentos individuais diante, sobretudo, de dinâmicas sociais localizadas em dois principais grupos: trabalho e família. De acordo com Goffman (2008), as

identidades estigmatizadas são, também, identidades cuja dimensão social (pública, relacional) encontra-se “deteriorada”. Por este motivo, em inúmeras ocasiões, argumentos que pontuam a existência de incompreensão, estigma, rotulação na sociedade “fora” da clínica são levantados pelos pacientes para explicar o porque do tratamento ser difícil. A argumentação quase sempre veio, também, adicionada da crença de que “fora” da clínica estão pessoas igualmente “loucas” ou talvez até mais do que aqueles que estavam ali, buscando tratamento. Em outras ocasiões, ainda, os pacientes eram levados a concluir, por suas próprias experiências que, afinal, ao olhar menos instruído, qualquer pessoa dentro da clínica passaria perfeitamente por “sujeito normal”. Como diria uma das pacientes certo dia, “em princípio, eu olho para todas estas pessoas aqui, e vejo pessoas normais. Porque eu terei que ficar até o fim da vida tomando medicamentos quando, a olho visto, eu não sou diferente de ninguém?”. Em várias ocasiões, ainda, o questionamento acerca da relação entre normal e anormal fez os pacientes concluírem que ali estavam talvez as pessoas da sociedade que mais possuíam sensibilidade. Todos eram, afinal, sujeitos únicos, como costumavam dizer. Estas situações se repetiram diversas vezes em minhas visitas à clínica. Estas reflexões sobre suas relações com o mundo dito “normal”, a pontuação de suas relações e das interações que possuem ou não, a busca por explicações por suas condições patológicas, suas dificuldades ou facilidades de se relacionarem, em síntese, este intenso questionamento de si mesmos é uma importante marca das experiências de saúde e doença que os pacientes vivenciam.

Este jeito intenso de encarar suas relações com o mundo não passou despercebido e, conforme Zaluar (2000) teve medo, não somente o medo de não fazer uma boa leitura ou interpretação de suas falas e de suas difíceis vidas. Parafraseando a autora, tive medo de, enfim enredar-me em malhas cujo controle me escapava totalmente (Zaluar: 10). No meu caso, porém, o risco não era de morte, ainda que diversas pessoas tenham efetivamente perguntado se eu não tinha medo de morrer, estando num ambiente de tratamento psiquiátrico (o que revela o estigma e o preconceito que ainda percorre nossas representações sobre “loucura”). O risco era o de opinar, como fui incessantemente convidado, a respeito de problemas e dificuldades nas relações pessoais de meus interlocutores; tentar explicar o porquê de “tanto sofrimento”, “tanto choro”, tentar produzir explicações sobre as situações subjetivas de cada um. Fiquei bastante resistente, ao longo da pesquisa, a admitir que estas eram, afinal, experiências humanas bastante difíceis de serem vividas e que meus interlocutores, quando não tinham vontade de me comunicar suas histórias de vida ou de dialogarem comigo, tinham motivos em tamanho e razoabilidade suficientes para fazê-lo. Afinal, a vida já era difícil como estava e, como me disse um dia Ana Paula, uma de minhas

principais interlocutoras, eles não tinham o “privilégio de serem voluntários na clínica-dia”, usando um tom de impaciência, que indicava uma compreensão de minha participação na clínica como uma espécie de brincadeira de criança perto da realidade que era ser um “paciente real”.<sup>27</sup>

Mais próximo do final da pesquisa de campo, em função daquele período intensivo que mencionei, questões particulares de alguns de meus interlocutores foram vivenciadas de um modo mais intenso: seus problemas íntimos, tristezas, ansiedades; bem como as interpretações da equipe médica sobre tais pacientes e o que consideravam suas patologias. Esta aproximação de vários pacientes ao mesmo tempo e a participação mais intensa de suas vidas, tomando conhecimento diário sobre atualizações nas brigas de família, de evoluções do tratamento, do tipo de delírios que possuíam<sup>28</sup>, dos medos e desafios de cada um, fez com que efetivamente vivenciasse, eu próprio, um pouco de sua situação. São matérias aparentemente bastante cotidianas que levavam os pacientes ao espaço da clínica-dia: perda de entes queridos, divórcios, traições, desemprego, sobretrabalho, brigas em família, falta de dinheiro, de emprego, etc. Foi praticamente impossível, a partir de um certo tempo de campo, não refletir sobre uma questão mais existencial – no sentido mais lato possível – a partir de minhas experiências na clínica. Por mais que eu mesmo não estivesse em situações que, de longe, lembravam alguns dos problemas de meus interlocutores, acho impossível que não tivesse associado seus problemas com coisas que quaisquer outras pessoas vivenciam na vida atual. Isto não significa, de imediato, que eu possa argumentar ter sido “afetado”, nos moldes de Favret-Saada (2005), ainda que haja elementos para pensar esta associação. Significa, sim, que estive sempre num contexto de pesquisa que está muito intimamente ligado aos próprios valores e representações de minha própria sociedade e, portanto, do problema de, como disse Goldman (2003), “refletir sobre a possibilidade de manter o ponto de vista antropológico tradicional, quando o objeto observado faz parte do coração da sociedade do observador” (p. 445). Não me questionar se, à luz das experiências de meus interlocutores, eu próprio estaria conduzindo minha vida de um jeito que seria capaz de “produzir saúde”, como costumavam dizer, seria impossível. Por este prisma, em específico, posso me dizer afetado emocionalmente pela pesquisa de campo aqui relatada.

---

<sup>27</sup> A rigor, com o tempo eu vim a ser chamado de “paciente voluntário”, pois frequentava um grande número de atividades com eles (lanches, almoço, festinhas) e suas atividades terapêuticas mais diretas.

<sup>28</sup> Alguns pacientes, encorajados, me parece, pelos longos anos de tratamento, reconhecem em alguns momentos quais os tipos de “delírios” ou “alucinações” – no jargão médico-psiquiátrico – que possuem e falam sobre eles em alguns momentos.

Dois pontos sobre o transcorrer metodológico são importantes nesta pesquisa. No início da pesquisa havia sido possível estabelecer importantes relações de interlocução, talvez por, como disse Ivete, eu aparentar ser uma pessoa amorosa, aberta ao contato e de fácil relacionamento. Inicialmente, procurei não focalizar olhares para a equipe da clínica, não somente por opção ingenuamente ideológica – uma vez que pretendia produzir uma etnografia que abordasse a concretude da vida na clínica e as concepções referentes à saúde e doença que permeavam sua participação nesta modalidade contemporânea de atenção à saúde mental – mas porque, contrariando todas as expectativas (minhas inclusive), o contato com os pacientes sempre se mostrou mais facilitado. A rigor, apesar de ter passado muito tempo na companhia dos pacientes (no período de 2011: uma a duas vezes por semana; no período de 2012, entre duas e três vezes por semana; e no final do campo, praticamente todos os dias – com pequenas exceções, por aproximadamente trinta dias), eu receio ter gastado um tempo bastante grande sofrendo a dificuldade de um posicionamento, como argumenta Favre-Saada (2005), entre “observar” e “participar”. Acabei adotando uma postura muito participativa, estando em várias atividades que desenvolviam e buscando me ocupar dos afazeres da clínica sempre que lá estava (ajudando com a organização das atividades, realizando minha própria oficina, sugerindo pequenas alterações, fazendo educação física, REIKI, relatando minhas próprias angústias nos grupos, entre outras coisas). Isto implicou num processo de pesquisa no qual não se optou por gravações ou, como disse anteriormente, pela anotação imediata de falas e discursos nativos. Quase todas as falas foram descritas em diário de campo posteriormente ao momento de seu acontecimento ou observação. Por este motivo, as citações em que tento expor as falas dos interlocutores expressam os conteúdos que retive na memória. Na medida do possível tentarei preencher com outros recursos (contextos de fala e observação, conteúdos gerais, anotações correlatas,...) as lacunas que a ausência da fala, *ipsis litteris*, deixou no texto. Por um lado, me vinculo à argumentação de Goldman (2003), e acredito que tenha feito amigos no campo (p.455) e em muitos momentos seria constrangedor e improdutivo carregar gravadores ou cadernetas o tempo todo e, por outro, como disse acima, busquei ao máximo evitar uma associação entre minha pessoa e os membros da equipe terapêutica. Há também que se considerar o fato de muitas de minhas observações e tomadas de conhecimento sobre os conteúdos particulares da vida de meus interlocutores terem acontecido primordialmente a partir das oficinas de antropologia que desenvolvi na clínica e, portanto, num ambiente tomado primordialmente como terapêutico e, portanto, atravessado por códigos éticos muito claros sobre o contato entre os sujeitos e sobre o respeito pela dor alheia, que perpassem o universo da saúde mental.

Quando “passei” pelo comitê de ética da instituição, um dos critérios a serem respeitados para a divulgação dos dados dizia respeito ao anonimato dos sujeitos com quem havia tido contato no interior da clínica-dia. A instituição principal, porém, portadora de várias outras unidades, poderia ser mencionada (em eventuais agradecimentos, como disse a pessoa com quem tinha contato no Comitê), o que leva ao segundo aspecto a ser considerado. Optou-se, neste trabalho, por não divulgar quer o nome dos pacientes, quer o nome da instituição, quer o nome da cidade onde a pesquisa foi empreendida. Leitores próximos de mim, bem como pacientes e membros da equipe da clínica (se) reconhecerão nas palavras do texto mas, para a maioria dos leitores, espera-se, a clínica-dia precisa permanecer desconhecida. Como a unidade na qual foi realizada a pesquisa poderia ser facilmente identificada – por ser a única clínica-dia privada da instituição – a identificação de aspectos dos pacientes seria bastante facilitada. Além do mais, feita primordialmente a partir do contato com os pacientes e tendo estabelecido relações em alguns casos próximas até mesmo de algumas das famílias, considero importante respeitar um sentimento algo generalizado de acanhamento com relação a suas participações na vida da clínica. Diferentemente de outras pesquisas com espaços deste gênero (abrigo de idosos, asilos, hospitais, prisões, etc.) esta pesquisa somente abordará indiretamente aspectos históricos da instituição principal e somente em alguns momentos em que eles forem cruciais para o contexto apresentado. A explicitação real do espaço onde a pesquisa se deu, bem como de aspectos arquitetônicos, cronológicos, sociopolíticos, culturais, em cuja explanação a história da instituição poderia contribuir, infelizmente não estarão muito presentes no texto. Pelo mesmo motivo, também não há recurso à imagem.

Em tempo, salvo quando houver indicação em contrário as informações obtidas com os profissionais serão sempre definidas como advindas “da equipe” e não a partir de sujeitos específicos. Em alguns momentos, em função de posições estruturais específicas, os membros da equipe e suas respectivas ocupações e hierarquias serão mencionados. Na maioria dos casos, porém, como não houve um investimento de entrevista individualizada de nenhum dos interlocutores da pesquisa, a referência será feita exclusivamente a partir da expressão “equipe”.

## 2. IDENTIDADE NO FOCO DO TRATAMENTO: CLÍNICA-DIA, SEU PÚBLICO E SUAS ATIVIDADES.

Depois de dizer tudo isto se deve perguntar: *o que é uma clínica-dia?* Ela é, antes de tudo, o resultado institucional de discussões empreendidas no campo da saúde mental desde a década de 1970 e, portanto, consequência de um processo acumulado de experiências ocorridas em distintas esferas: ela faz parte das propostas da reforma psiquiátrica e é uma de suas muitas manifestações. Ainda que questões políticas atravessem a realidade a partir da qual a reforma psiquiátrica passou a fazer parte das políticas públicas de assistência em saúde mental no Brasil, de seu ponto de vista ideológico é muito evidente que toda a rede de atendimento, esteja ela vinculada a esfera pública ou privada, está buscando se reorientar em função dos parâmetros desta reforma. Genericamente, a “clínica-dia” não é mais uma modalidade de atendimento muito comum para os padrões contemporâneos de atendimento na saúde mental e, considerando o poder público como o grande detentor dos espaços de tratamento atuais, uma vez que a clínica-dia (ou, hospital-dia<sup>29</sup>) não é uma modalidade oferecida na rede pública, ela parece ter perdido força frente aos usuários muito rapidamente na última década.

O “hospital-dia”, uma das primeiras estruturas a serem utilizadas pelo SUS encontra-se, assim, em franco processo de superação pelas modalidades conhecidas como CAPS, Centro de Assistência Psicossocial, que ocupa posição central na política estatal com relação a saúde mental. Na esfera pública esta superação é acompanhada pela própria reestruturação dos antigos hospitais-dia em CAPS<sup>30</sup>. Na esfera privada, no entanto, ainda existem instituições que mantêm hospitais-dia como estruturas integrantes do atendimento geral prestado (ao lado de outras esferas, como unidades integrais, ou mesmo CAPS). Estas modificações, onde quer que estejam acontecendo, são muito recentes, não contando talvez mais do que quinze anos. Na instituição pesquisada, a clínica-dia parece ter surgido em meados da década de 2000 e embora alguns interlocutores tenham afirmado que quando me aproximei da instituição a unidade não teria mais do que dois anos, é possível encontrar informações dando conta desta fundação do Hospital-dia ainda no ano de 2004. Seja como for, na instituição que pesquisei

---

<sup>29</sup> Inicialmente este tipo de instituição surge com a denominação de “hospital-dia” e, aos poucos, é substituída em alguns lugares por “clínica-dia”, para evitar a relação com a instituição hospitalar. No caso da instituição pesquisada ocorreu o mesmo processo. A rigor, no entanto, ambas as estruturas se remetem a mesma prática de “internamento parcial”.

<sup>30</sup> De acordo com relatório publicado pela Secretaria de Saúde Mental do Distrito Federal (2007), o abandono das estruturas *dia* esta relacionado com a modificação de um perfil de base comunitária para um perfil mais dinâmico e mais comprometido com a inserção social dos sujeitos, que viriam a ser os CAPS.

ou em outros lugares onde existem instituições psiquiátricas, as últimas décadas tem sido de reorganização e de adaptação aos moldes da reforma psiquiátrica.

Esta reorganização ocorre de modo rápido e desdobramentos importantes podem ser percebidos não só na estrutura organizacional do atendimento, mas nas formas de atendimento, nas compreensões teóricas envolvidas, na complexificação dos problemas e objetivos da saúde mental. De acordo com dados do Ministério da Saúde, entre 1998 e 2001, o número de Centros de Assistência Psicossocial, uma de suas principais estruturas, passou de 122 para 1742<sup>31</sup> por todo o país. Face ao fechamento de muitos hospitais psiquiátricos e da própria organização do poder público em favor das perspectivas adotadas pelo movimento de reforma psiquiátrica, nos últimos anos a *variedade* destes lugares também parece ter aumentado. A rede estatal proposta a partir do Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza, além dos CAPS, a partir de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura e por leitos integrais em hospitais gerais<sup>32</sup>. Estes espaços, vinculados a chamada Política Nacional de Saúde Mental<sup>33</sup>, são direcionados para o atendimento dos sujeitos diagnosticados como portadores de transtornos mentais e são as principais manifestações atuais da perspectiva ideológica discutida na primeira sessão deste trabalho. De acordo com a legislação, a saúde mental deve caminhar na direção de uma “devolução do sujeito” para a comunidade e, ao mesmo tempo, dentro de uma perspectiva de rede, na medida que deve produzir pontos de referência para o tratamento destes sujeitos<sup>34</sup>.

Neste sentido, é impossível precisar a variedade de instituições que contemporaneamente se dirigem ao atendimento das pessoas consideradas portadoras de transtornos mentais. Se a Política Nacional elege, por exemplo, o CAPS como sua principal estrutura e a partir dele desdobra estruturas correlatas<sup>35</sup>, outras nomeações fora da estrutura estatal aumentam a complexidade do campo da saúde mental: residências terapêuticas, comunidades terapêuticas, clínicas-dia, hospitais-dia, centros de tratamento, casas de passagem, pensões protegidas, casas de saúde, hospitais colônia, sem falar nos ainda

<sup>31</sup> Conforme Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 10**. Março de 2012, disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>. Acessado em 11/04/2013.

<sup>32</sup> Conforme informações do SUS disponíveis em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925). Acessado em 23/04/2013.

<sup>33</sup> Tem como finalidade, de acordo a Lei Federal 3.088/2011, a “criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acessado em 24/04/2013.

<sup>34</sup> Conforme Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. 2013. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acessado em 24/04/2013.

<sup>35</sup> Os CAPS são distribuídos no território nacional de acordo com o número de habitantes. Existem diversas gradações e características destas estruturas, de acordo com o número de pessoas que abrange em sua área e com a particularidade do “público atendido”. (CAPSi, CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS-AD).



existentes “hospitais psiquiátricos”. Além desta complexidade de estruturas, ainda se assiste a um aumento significativo nas modalidades terapêuticas alternativas utilizadas no campo da saúde de modo geral. Em pesquisa realizada no final da década de 1990, Tavares (2010) apresenta um número variado de “alternativas ao modelo biomédico clássico” circulando pelo contexto urbano. Terapias holísticas, espiritualidades, filosofias, magia, “gotinhas”, reiki, entre várias outras, fazem parte do contexto por ela observado e apontam para uma existência paralela entre estas formas terapêuticas e o modelo médico-terapêutico hegemônico. A saúde no momento contemporâneo tem vivenciado complexas reestruturações e a medicina em especial, tem sido constantemente adaptada em face do surgimento de terapias alternativas e da produção de espaços de “diálogo” entre distintos planos de conhecimento.

É importante, portanto, apontar duas dimensões que fazem parte da realidade na qual esta pesquisa foi empreendida. Por um lado existe um corpus teórico e ideológico amplamente fundamentado na perspectiva de que é necessário *complexificar* o tratamento oferecido aos sujeitos portadores de transtornos mentais, na medida mesma em que a “saúde mental” passa a ser entendida como uma manifestação atravessada por uma grande gama de fatores. Esta perspectiva está fundamentada na chamada reforma psiquiátrica. Este movimento – que envolve tanto uma esfera ideológica quanto uma esfera política institucional – orienta grande parte da manifestação contemporânea das modalidades de atendimento no campo da saúde mental. Por outro lado, embora não caminhando em direção oposta a este primeiro movimento, existe uma manifestação de formas alternativas de tratamento de saúde nas últimas décadas e, mais que isto, da ampliação destas redes alternativas, que envolvem tanto a crítica ao saber biomédico clássico quanto a criação de zonas de contato entre medicina e terapias alternativas em alguns contextos. Neste trabalho buscarei chamar atenção para a existência de um lugar onde estes modelos encontram-se manifestados de modo subjacente, isto é, onde a busca por uma complexidade do tratamento propriamente médico em saúde mental se encontra com uma proposta terapêutica que é advogada em termos de sua alternatividade (e ao mesmo tempo de complementação) com relação ao modelo médico hegemônico.

## **2.1. A clínica-dia.**

O local pesquisado faz parte de um grupo de unidades de um Hospital Psiquiátrico do sul do Brasil e abriga um modelo de tratamento que tem se tornado usual nas últimas décadas e que é baseado na estadia do sujeito na instituição por algum período do dia e o restante fora

dela. Esta forma de conceber o tratamento (sem internação) é o que dá nome ao local, que é conhecido e nomeado institucionalmente como “clínica-dia”. A clínica é um espaço de tratamento pensado dentro da dinâmica ideológica da reforma psiquiátrica e abriga, aproximadamente, entre 80 e 90 pessoas que, do ponto de vista do saber médico e da psicologia, são classificadas como portadoras de transtornos mentais e que necessitam, na perspectiva de uma equipe de profissionais, de acompanhamento terapêutico.

A instituição abriga também dois Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), um Hospital-dia (HD) e uma Unidade Integral. CAPS e Hospital-dia, assim como a clínica pesquisada, também compreendem suas atividades cotidianas a partir da atmosfera ideológica da reforma psiquiátrica e, do ponto de vista de seus objetivos, as três instâncias, são muito semelhantes. Do ponto de vista prático, porém, hospital-dia e CAPS são instâncias subsidiadas financeiramente pelo Sistema Único de Saúde e a clínica-dia, onde realizei a pesquisa de campo, atende somente a demanda da rede privada, através de convênios de saúde ou não. Além disto, existem diferenças pontuais na condução das atividades cotidianas. O *hospital*-dia recebe cotidianamente pessoas para atendimento das oito da manhã às quatro da tarde o que, como veremos, é bastante diferente da dinâmica na *clínica*-dia. O CAPS, que é tido como uma espécie de continuidade do atendimento prestado nas outras unidades, pode ter vários níveis de participação envolvendo, ou não, ida do paciente todos os dias à instituição. A unidade integral é vista como um espaço para tratamento nos momentos de crise. De acordo com alguns psicólogos da clínica-dia, o integral não é o momento para realização de atividades ou de reflexão em torno de questões psicossociais, mas o momento para abrandar os efeitos mais graves da “doença”, intervir com medicamentos e etc. Muitos dos pacientes que se encontram no sistema dia da instituição estiveram “internados”<sup>36</sup> por algum período na unidade integral.

Toda a estrutura institucional, que possui caráter jurídico filantrópico, tem como mantenedora uma entidade espírita da região, sendo que a instituição teria sido fundada na década de 1940. Conta-se que pelo menos desde a década de 1920, no entanto, a organização mantenedora acalentava a ideia de criação de um local para tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico e que, custosamente, durante duas décadas, até o início do seu funcionamento, distintas personalidades da cidade e a comunidade espírita teriam contribuído com a aquisição de terreno e com processos relacionados à construção do prédio do hospital.

---

<sup>36</sup> Ainda que atualmente se busque um afastamento da lógica hospitalar, no âmbito da clínica-dia a utilização do termo “internamento” ainda é muito comum, fazendo parte do próprio léxico burocrático através do qual opera a instituição. Quando um sujeito passa a integrar o grupo de sujeitos atendidos pela clínica também se costuma dizer que ele, ou ela, “deu entrada” na clínica.

“O integral”, como é chamado, representa, na perspectiva de meus interlocutores, um momento de reorganização do sujeito em momentos de crise, cabendo à clínica-dia – como uma espécie de “etapa seguinte” – reestruturar laços sociais perdidos até o momento da crise. Nem todos os pacientes chegam, porém, à clínica-dia, depois de terem sido atendidos nesta unidade integral. Um grande número parece buscar a clínica por iniciativa própria ou por pressões familiares, em geral argumentando o início da doença ainda quando eram muito jovens. O público da clínica é constituído tanto por homens quanto mulheres, embora haja uma maioria de mulheres significativa. De modo geral a clínica cobre um extenso grupo geracional, que vai desde adolescentes até pessoas mais idosas. A faixa etária majoritária, no entanto, está situada entre 25 e 40 anos, havendo algumas poucas pessoas já na faixa de 60 anos e poucos menores de 20. O grupo com quem convivi, diferentemente do que se poderia julgar num olhar antecipado, não lembra de maneira nenhuma o estereótipo corrente sobre o “louco” ou as representações que, ao longo da história, foram sendo feitas sobre as características destes sujeitos, seus vínculos, etc. Os interlocutores da pesquisa, em geral, são funcionários públicos, profissionais liberais, aposentados de carreiras públicas, professores (em distintos níveis), funcionários de instituições bancárias, profissionais da saúde, entre uma variada gama de profissões. Em geral são também detentores de diplomas de curso superior, havendo alguns especialistas, mestres e doutores em suas áreas de formação. Os valores advindos da estadia na clínica, que no período estudado foram de R\$ 170,00/dia, são custeados basicamente de duas maneiras: através de pagamento privado feito pelo paciente e suas famílias e por convênios de saúde os mais diversos. Ambas as formas dão direito a um almoço e um lanche nas dependências da clínica-dia. Pacientes afastados de suas atividades laborais, que recebem auxílio-doença<sup>37</sup>, passam por avaliações em periodicidades definidas pelos médicos do INSS para definirem se continuam recebendo auxílios, o que influi muitas vezes na continuidade ou não dos tratamentos.

Parte da pesquisa, como foi comentado na sessão anterior, se realizou numa determinada localidade e, o restante, num local diferente, depois da mudança da instituição. O espaço original da instituição foi ocupado até meados do ano de 2012, quando, em função da venda de seu terreno, o hospital foi desmembrado e transferido para distintos lugares da cidade. Quando a pesquisa foi iniciada, assim, eu visitava a unidade histórica, por assim dizer, do hospital em questão. O terreno total do local era de aproximadamente 65 mil metros

---

<sup>37</sup> Seguro concedido pelo Instituto Nacional de Seguro Social para contribuintes que estejam por mais que 15 dias afastados de suas atividades laborais. (Cf. Ministério da Previdência. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>, acessado em 02/09/2013).

quadrados e abrigava um conjunto de prédios menores e pavilhões (“unidades funcionais”) que, ao longo do tempo, foram intituladas com nomes de personalidades que contribuíram para a construção do hospital, havendo um total de sete destas unidades, além do prédio administrativo. Cada pavilhão parece ter sido usado de maneiras diferentes ao longo do tempo, havendo divisões por alas femininas e masculinas e divisões entre pacientes portadores de transtornos mentais e, mais recentemente, usuários de álcool e drogas. Uma grande parte do terreno era ocupada por uma pequena floresta, com árvores e animais, onde também havia sido construído, ao longo do tempo, um bosque com um caminho por onde era possível passear. Este mesmo caminho costumava abrigar uma série de placas com frases bíblicas ou do espírito Emmanuel, cuja maioria das obras foi psicografada pelo médium brasileiro conhecido como Chico Xavier<sup>38</sup>. Estando localizado numa região relativamente afastada da cidade, ainda que muito próxima de aparelhos urbanos (pontos de ônibus, residências, escolas, etc), a instituição ainda podia – neste período – sustentar uma certa aura de mistério. Uma das funcionárias do hospital viria a me confidenciar, mais tarde, que recebera a proposta de emprego por inúmeras vezes até que aceitara realizar uma entrevista na instituição. Ela via o hospital como um lugar perigoso e desconhecido demais para aceitar uma oportunidade de emprego. De toda forma, neste período da pesquisa, além de visitar a clínica-dia propriamente, era possível que em algumas ocasiões eu caminhasse por outras estruturas do hospital (bosque, outras unidades, esferas administrativas, entre outros) o que fazia com que a noção de espaço fosse pensada em função destas características. Para os pacientes também a estrutura na qual se dava seu tratamento era diferenciada: se por um lado existia uma maior espacialização de todo o território do hospital, com lugares bastante marcados, interdições e possibilidades, também existia a possibilidade de trafegar de um modo diferenciado pelos demais espaços. Atividades como a Oficina de Argila, por exemplo, eram realizadas num local distanciado da clínica original (ainda que dentro da mesma área) numa antiga casa, rodeada de árvores e pequenos animais da floresta adjacente. Diz-se que um pequeno macaco foi adotado pela turma enquanto a oficina funcionou neste espaço.

A clínica-dia, neste ambiente, ocupava uma das antigas unidades funcionais da instituição e era constituída, basicamente, por algumas salas para atendimentos individuais e por três salas maiores, abrigando respectivamente a sala de Terapia Ocupacional (TO), sala de refeições e de TV e uma terceira sala para atividades em grupo. Em 2012, porém, com a

---

<sup>38</sup> Algumas das frases presentes no caminho eram: “Não manches teu caminho. Serve sempre e trabalha na extensão do bem.” (*Emmanuel*); “Não vos enganeis: as más conversações corrompem os bons espíritos” (*Paulo, I Coríntios 15:33*); “Não te irrites nem desanimes” (*Emmanuel*); “A vida de um homem não consiste na abundância das coisas que possui” (*Lucas 12:15*).

mudança da clínica para uma área mais central da cidade, o espaço passa a ser organizado de maneiras diferentes, desmembrando a quase totalidade dos serviços, antes oferecidos em um único local. O novo ambiente de tratamento – exclusivo para a clínica-dia – era, então, composto por um número de aproximadamente dez salas, de tamanhos variados. Todas as salas poderiam abrigar atividades em grupo, salvo as salas menores e destinadas aos atendimentos prestados no ambulatório ou em consultas individualizadas. Na parte frontal da clínica se encontrava uma rampa de acesso a uma recepção e desta recepção um corredor central distribuía as salas pelas laterais. Ao final deste corredor se encontrava uma parte importante da clínica: uma espécie de posto de enfermagem, servindo como ponto de referência para a equipe e pacientes relativamente aos cronogramas da clínica e a distribuição de tarefas dos profissionais; atrás deste posto se encontrava uma sala menor com duas macas, onde se costumava realizar atendimentos emergenciais ou, mais frequentemente, a atividade do Reiki; e por fim, um banheiro de uso exclusivo da equipe. Esta última área da clínica também permitia acesso à parte dos fundos da clínica, que abrigava um pátio em concreto e, mais aos fundos, uma espécie de edícula onde eram realizadas as atividades de TO (em cuja sala também eram realizadas as refeições da equipe), uma cozinha e também um refeitório para os pacientes.

Como o desenrolar da pesquisa aconteceu em duas localidades distintas, é interessante perceber como as representações sobre o espaço se construíram e se reconstruíram nos processos de mudança. Recordo que, anteriormente à mudança, alguns membros da equipe e também vários pacientes, se mostravam ansiosos e descrentes de que a nova estrutura fosse capaz de abrigar o grupo nas mesmas condições em que ali estava. A rigor a saída do espaço original e, posteriormente, a destruição do espaço antigo, causou grande comoção em várias pessoas e, creio, até hoje, a ideia não foi muito facilmente digerida. Ana Paula, por exemplo, que costumava se regozijar por colher pequenas folhas, ramos, galhos e frutos dentro da área do hospital, e dizer-se em contato com a natureza naquele ambiente, passou então a avaliar o novo espaço de uma nova maneira. De um lugar relativamente afastado, amplo, e possuidor de uma “estrutura verde” valorizada por muitos pacientes, a clínica-dia foi se organizar num espaço mais central da cidade, num espaço muito semelhante ao de uma grande residência. No entanto, não leio a relação destas pessoas com seu espaço pela capacidade que possuem de se sensibilizarem ou não por ele(s), embora isto seja um aspecto interessante. A rigor, não parece que haja um interesse de cuidado da estrutura física mais do que qualquer outra pessoa fora dali teria. Como sugeri anteriormente, parecia se produzir uma relação mais forte com relação ao espaço na antiga localidade da clínica, pelas características bastante peculiares que

possuía. Na nova clínica, o espaço é muito mais reduzido (em sentido geral e específico), muito frequentemente faltam salas para desenvolverem as atividades, bem como um processo mais rígido de distribuição de atividades passou a ser empreendido. Além disto, no mesmo espaço passou a funcionar o Ambulatório da instituição, atendendo pessoas em crise e realizando consultas para a rede particular e conveniada. Neste novo ambiente, com uma sensível diminuição do espaço de atuação e de trânsito (para equipe e pacientes), novas relações começaram a ser organizadas. Ainda que minha presença no antigo espaço tenha se dado por um período menor, ficou mais evidente na segunda estrutura física, a importância da distinção entre pacientes e terapeutas, que era comumente responsabilizada pelo número reduzido de salas privativas ou de ambientes em tamanho suficiente para suportar o número de pacientes e o número de membros da equipe. Certos espaços da nova clínica começam a ser cuidados com mais rigor e passam a ser resguardados para as próprias atividades da equipe. Por muitos meses e, possivelmente, até depois de minha saída a equipe reclamaria por salas maiores e por mais membros na equipe, afirmando ser difícil realizar seu trabalho em condições satisfatórias. Ao longo de 2012, ainda, sobretudo quando se aproximou a mudança efetiva do espaço da clínica, meus interlocutores passaram a se referir de maneira diferente ao local de tratamento. Minha principal interlocutora na equipe no período, que autorizou minha estadia como voluntário e, por vários momentos, instigou minha permanência na clínica e a pesquisa como um todo, passou neste período a entender a clínica, assim como toda a estrutura institucional (Unidade Integral, Centros de Assistência Psicossocial, Hospital-dia, etc.), como um centro de tratamento “do humano”, como um “centro integrado” de referência para o tratamento na área de saúde mental. Ainda que, de acordo com ela, o título fosse mais um prognóstico que uma realidade efetiva, esta ideia passou a circular pelo imaginário da clínica, tanto de pacientes quanto de terapeutas. No novo espaço o que era “Hospital-dia”, por exemplo, passou a chamar-se “Clínica-dia”, a fim de evitar referências com a visão hospitalar que poderia vigorar na antiga sede. Neste sentido, o contexto que descrevi na primeira sessão deste trabalho sempre esteve muito evidente, sobretudo quando se observa esta busca, que de certa forma perpassa todo o período em que estive na clínica, por uma visão mais holística do tratamento e das atividades.

Por diversas vezes ouvi dos pacientes atendidos pela clínica-dia que uma das suas grandes dificuldades era o momento de saída. Certa vez Nair me diria: “Já decidi como vou

me preparar para o período de desligamento da clínica: comprei duas caixas de Rivotril<sup>39</sup> e escondi em casa”. Em outra ocasião Marilene me contaria que “a televisão teria se tornado uma grande companheira” no período da noite, quando longe da clínica-dia. Em outras ocasiões, ainda, vários pacientes teriam sido enfáticos ao afirmar que dentro daquele ambiente, a sensação de pertencimento, de companheirismo e de aceitação, que permeava as relações entre eles, fazia com que a permanência na clínica-dia fosse algo agradável e até desejável. Houve vários casos, porém, em que a afirmativa “Não vejo a hora de sair daqui!” foi bastante frequente. Nem todos veem a clínica, num certo sentido, como um lar e afirmações de que a clínica não estava mais ajudando ou que o tratamento só dava resultados por algum tempo justificaram ausências, não adesão ao tratamento ou uma incessante busca pela “alta”. Em muitos casos, porém, como por exemplo em perdas por morte ou separações matrimoniais, a estadia na clínica ainda teria se tornado um alívio para uma existência para qual muitos já não encontravam sentido, por dificuldades de adaptação, de compreensão de situações específicas. Esta relação difícil com o momento de saída parecia se dar, basicamente, a partir de dois polos que, não obstante, parecem circular em torno de uma mesma questão: a relação entre normalidade e anormalidade. De um lado estaria a questão da terapêutica, da medicação, do contato com a clínica propriamente e, portanto, da dificuldade de “arrumar o que fazer” no período pós-clínica, uma vez que muitos teriam que voltar para seus antigos empregos (que em muitos casos teriam sido os responsáveis por seus internamentos) e/ ou reconstruir um ambiente que, para muitos, já perdera sentido. Do outro lado, não obstante diretamente colado a este primeiro, estaria a dificuldade de encarar a necessidade de reconstruir relações sociais que se mostravam deterioradas e ao mesmo tempo reconstruí-las longe do que, me parece ser, a tutela dos terapeutas e do ambiente terapêutico.

Em certa ocasião, quando conversávamos sobre a noção de alteridade e as difíceis relações que cada um estabelecia com os vários “outros” no mundo, Ana Paula me disse que todos que estão na clínica seriam de certa forma “únicos” e que ali estavam por seus transtornos específicos mas, sobretudo, por terem alcançado uma certa compreensão do mundo que “os normais” não teriam alcançado. Em outras ocasiões, ainda, a reiteração de uma distinção entre normais e anormais se mostraria tão intensa que acabaria a gerar a dúvida sobre a existência de sanidade não dentro da clínica, mas fora dela, fora dos portões da clínica-dia. “Tenho certeza que existem pessoas tanto ou mais loucas do que nós aí fora”, foi

---

<sup>39</sup> Rivotril, medicamento que induz o sono, é o nome de um dos principais medicamentos adotados no tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico, pelo menos neste contexto, ao lado do Carbolíto, medicamento utilizado para controlar as oscilações de humor, no tratamento de transtorno de humor bipolar.

uma das sentenças que recorrentemente ouvi ao longo do período de campo. Ainda que este não seja um discurso hegemônico na fala dos pacientes, visto que muitos dizem não aguentar a estadia na clínica ou não verem a hora de chegar seu horário de saída, é inegável que por períodos variados os sujeitos em atendimento deixam de estabelecer vínculos com “o mundo lá fora” – como muitos deles afirmam – e passam a construir relações, identificações, com uma instituição específica e com características também específicas.

A palavra chave para descrever a “prática terapêutica” da clínica-dia é o termo “atividade”. Sempre que algum profissional se encontrava em algum tipo de trabalho junto aos pacientes a expressão “em atividade” era empregada. Em outras ocasiões expressões mais conhecidas, como “estar em atendimento” ou “está atendendo”, eram ouvidas, mas sempre em contextos diferentes. Em geral a ideia de “atendimento” pareceu sempre ser empregada para o caso de médicos, no exercício da prescrição de medicamentos, realização de anamneses<sup>40</sup>, avaliações, etc. Outros profissionais – enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos – mesmo os psiquiatras, quando no contato com pacientes em práticas que não remetiam ao universo clínico, estariam fazendo “atividades”. A clínica-dia organiza, assim, várias “atividades” para os pacientes, sendo que a perspectiva adotada pelos profissionais é de que naquele ambiente não se realizam atividades individuais, somente com grupos, sendo neste último que se ampararia a perspectiva terapêutica adotada pela instituição e o efetivo processo de “cura”.

Existem três tipos de atividades nas quais o público da clínica se envolve ao longo de sua estadia. O primeiro grupo, chamado pela equipe de grupo de atividades *estruturais*, abriga os trabalhos que seriam “principais” no tratamento: reuniões com todos os pacientes, grupos de enfermagem, grupos com psiquiatra, grupos com psicólogo. O segundo tipo, de atividades *específicas*, só é acessado pelo paciente após um determinado período de participação na clínica, e deles tomam parte os indivíduos que são indicados pelo Terapeuta de Referência (TR) com o referendo da equipe. Estes são os grupos de psicodrama, psicologia transpessoal, psicodança, entre outros. Existe um terceiro tipo de atividade, o reiki, do qual todos os pacientes podem tomar parte, mediante anotação do nome em uma lista que fica fixada na porta da atividade. Estas atividades serão melhor descritas ao longo da dissertação mas, o que é importante demarcar, é que a **estrutura terapêutica**<sup>41</sup> está fundada num princípio bastante

---

<sup>40</sup> A chamada anamnese é um procedimento comum no campo da medicina que equivale a um momento de “resgate” de aspectos da trajetória do paciente, especialmente com relação à doença (medicamentos em uso, características da doença, etc.).

<sup>41</sup> A “Estrutura Terapêutica” é o conjunto de regras e organizações que perpassam a distribuição e realização das atividades e grupos da clínica-dia. A expressão é utilizada na clínica-dia com esta significação. Aqui busco utilizá-la para extrapolar a ideia de estrutura como um sistema de normas, que é pensada pela equipe profissional como uma maneira de conduzir o tratamento e o trajeto do paciente dentro da clínica.



rígido de distribuição destas “atividades” por toda a semana. Em geral, no período em que estive na clínica, um técnico de enfermagem<sup>42</sup> realiza a apresentação e discussão da “Mensagem da semana” com os pacientes nas segundas-feiras. A mensagem quase sempre está disponível em um CD que é executado para que o público possa ouvir. Com conteúdo motivacional, tematizando basicamente a busca pela felicidade, o amor, o perdão e a fé. As mensagens são depois debatidas pelo grupo maior, que se manifesta de acordo com sua própria vontade. O grupo é finalizado com uma oração, realizada pelos pacientes em pé e de mãos dadas. Esta mensagem é depois retomada em uma “retrospectiva da semana”, que em geral também é feita por profissionais de enfermagem, nas sextas-feiras. Na retrospectiva são abordados aspectos do desenvolvimento de cada paciente, como teriam se sentido com os assuntos abordados ao longo da semana, o impacto da mensagem, aplicações práticas e evoluções de cada um. Estas parecem ser duas atividades que não sofreram alterações ao longo do período que estive na clínica, havendo algum rigor pela manutenção destes tipos de atividades. As demais são organizadas de acordo com os horários disponíveis nas agendas de cada profissional e não se pode dizer que haja estrita regularidade na oferta das atividades. Por se tratar de uma instituição bastante grande, embora reduzida nos últimos anos em função da reforma psiquiátrica<sup>43</sup>, a clínica-dia está sujeita a inflexões próprias da dinâmica institucional: falta de pessoal, demora nos pagamentos, corte de atividades, transferência de profissionais, entre vários outros. Cada atividade dura, em média uma hora, sendo que diariamente entre duas e três atividades são desenvolvidas, num total de cinco horas de estadia na clínica.

Na clínica-dia o público é dividido em dois grupos, sendo que na parte da manhã as atividades são destinadas aos sujeitos considerados doentes em função do uso de álcool e drogas, um público que somente nas últimas décadas tem sido incluído no campo da saúde mental. À tarde, sob o título de “Transtorno Mental”, estão os sujeitos classificados como depressivos, esquizofrênicos, bipolares. Estas diferenciações de tratamento produzem visões

---

<sup>42</sup> Nem sempre as atividades são realizadas pelo mesmo profissional. Havendo um horário onde uma atividade “x” deve ser realizada a equipe se organiza para que os pacientes não fiquem ociosos no período agendado. Neste sentido existe constante troca ou permuta entre os profissionais, que trocam seus horários com outros técnicos de acordo com as necessidades diárias da clínica.

<sup>43</sup> Um dos aspectos cruciais da Reforma psiquiátrica é o processo, legal, de diminuição de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. As legislações, ao longo das últimas décadas, tem pressionado as instituições a desenvolverem estruturas substitutivas para o serviço, exatamente na medida em que o Estado cessa de efetuar repasses significativos para hospitais que se mantêm nas estruturas terapêuticas anteriores à reforma. A instituição que pesquisei também passou por isto e, ainda que tendo caráter jurídico filantrópico, também tem buscado – marcadamente nos três últimos anos – se adaptar aos princípios contemporâneos de tratamento. Esta adaptação provoca em minha perspectiva a diminuição do número de pacientes e a necessidade de organizar uma estrutura que “capte” pacientes de maneiras alternativas.

específicas entre equipe e pacientes, bem como divisões relativas à organização cotidiana. Em linhas gerais, a clínica se constitui a partir destas configurações que tentei descrever. Nos próximos itens buscarei discutir pontualmente algumas dinâmicas envolvendo os pacientes da clínica, as atividades e normas, e o processo interno de divisões entre os grupos e atividades. Cada tópico carrega, ao mesmo tempo, uma tentativa de descrição do funcionamento da clínica ao lado de tentativas interpretativas e de narrativas a respeito deste ambiente.

## **2.2. Pacientes, frequentadores, clientes.**

Em uma atividade que participei na clínica um dos psicólogos afirmou que era preferível que os participantes do tratamento fossem referidos, em função da reforma psiquiátrica, como “frequentadores do serviço”, “usuários” ou, mesmo, como “clientes”, ao invés de “pacientes”. Apesar disto, é bastante frequente que as pessoas se tratem mutuamente como “pacientes” ou que membros da equipe, vez ou outra, se refiram aos frequentadores com este termo. Outra maneira frequente de se referir aos frequentadores do serviço é chamando-os pelo nome próprio. A mudança na forma de se referir aos sujeitos em tratamento é uma das várias mensagens abordadas pela Reforma psiquiátrica, que nas últimas décadas tem reorganizado a forma de tratamento destinada aos sujeitos em sofrimento psíquico. A rigor não somente o tratamento sofreu transformações, mas o público alvo das instituições psiquiátricas também aponta para outras modalidades de doenças e outros sujeitos.

Em cada uma das três esferas de atuação da clínica-dia, ainda que nem todas tenham sido focalizadas na pesquisa, é importante se ter em mente que é de sujeitos concretos que se está falando. Neste sentido, o ambiente da clínica sempre me pareceu um grande tradutor de certas particularidades das relações humanas. Numa certa oficina de antropologia, em meados de 2012, quando então a palavra havia sido dada a todo o grupo, Clara, que não muito frequentemente se manifestava, disse com clareza e em tom altivo: “Mas a gente também sofre!”. A resposta estava sendo dada a Bia, que dizia encarar sua “loucura” como qualquer outra pessoa encara uma doença. Bia dizia que alguém fazia hemodiálise todos os dias e que aquilo causava tanto sofrimento e necessidade de medicação e cuidado quanto qualquer paciente psiquiátrico. Compara ainda sua doença com a hipertensão, diabetes, entre outras. Para ela a loucura era uma forma de doença como qualquer outra e seu tom deixava clara a não necessidade de se fazer estardalhaço a respeito do tema. Reclamações diversas pulularam em todos os cantos da sala recheada de pessoas. Clara, que vivenciava a experiência da depressão há já pelo menos três meses – considerando somente o período em que eu a

conhecia – parecia não compreender o que Bia, auto-intitulada bipolar, queria dizer, e afirmava que diferentemente de outras doenças a doença mental estava em suas cabeças, não era vista, não era compreendida. A reivindicação deste sofrimento, deste “algo” que as pessoas pareciam incapazes de ver se repetiu diversas vezes. Esta mesma incompreensão é um dos aspectos que caracteriza geral e especificamente os comportamentos das pessoas com quem convivi durante a pesquisa: incompreensão de seus diagnósticos, incompreensão existencial com a ocorrência de suas “doenças”, incompreensão com a reação das pessoas dentro e fora da clínica. Em muitas ocasiões a apatia, a aparência de desinteresse, de descontentamento, me pareceu tão grande que a própria ideia de que alguém tivesse que suportar tamanho sofrimento já era suficiente para não questionar ou para não investir em abordagens muito meticulosas. Contudo, os casos específicos de cada paciente não são diferentes dos casos da grande maioria das pessoas que não estão vinculadas a algum centro de tratamento de saúde mental: demissões, falecimentos, divórcios, esquecimento, saudade, etc. Isto é, são matérias muito comuns que fazem as pessoas estarem na clínica-dia.

O que, no entanto, complexifica estas experiências cotidianas ao ponto de fazê-las serem lidas pela chave da doença? O diagnóstico de transtorno mental é parte crucial do processo de assumir que problemas corriqueiros podem tornar-se doenças<sup>44</sup>. Existe entre os interlocutores da pesquisa, médicos ou pacientes, uma hipersignificação em torno de duas categorias: depressão/ bipolaridade e esquizofrenia, tema que será discutido em outro espaço (Capítulo III). Seja como for, de posse dos diagnósticos, os pacientes tendem a utilizá-lo como uma forma de significar o choro, a dificuldade na tomada de decisões, o sofrimento com a morte ou com as separações, supostas dificuldades que em outros contextos não seriam lidas efetivamente como problemas. O diagnóstico aparece, do ponto de vista dos pacientes, como forma de superar uma alegada frivolidade de suas experiências de doença. O que causou, precisamente, o espanto no caso de Clara e Bia, é o fato de tais experiências de saúde e doença (dentro da clínica) serem lidas fora dela como “frescuras”, “falta de motivação”, “falta de opinião”, “descuido”, “vagabundagem”, entre outros aspectos desabonadores da personalidade. Dentro da clínica, no entanto, existiria a possibilidade de fugir destes rótulos e, do ponto de vista das suas identidades, serem lidos como “doentes”, e não como “vagabundos”, por exemplo. Daí, portanto, a centralidade do *diagnóstico* na lida cotidiana da clínica, que faz com que categorias circulem de modo muito livre por entre as falas de

---

<sup>44</sup> As questões do cotidiano não somente aparecem centralmente nas queixas dos pacientes mas de maneira muito forte no próprio discurso terapêutico adotado na clínica, que assume, como veremos adiante, uma postura muito minuciosa com relação as interações do dia-a-dia. A saúde mental estaria nas práticas individuais, no cotidiano, nas pequenas ações e reflexões.

pacientes e médicos. Não é visto como correto, porém, que os pacientes saibam os diagnósticos uns dos outros. Mesmo aqueles que já estão na clínica há mais tempo não podem dizer com precisão o CID<sup>45</sup> dos demais. Embora pudesse ser improdutivo tentar escrutinar individualmente tais códigos, dada inclusive a inexistência de uma investida geral na caracterização ou debate em torno do diagnóstico, ele aparece como momento importante e inegável da construção do eu dentro da instituição.

Estar na clínica, no entanto, não impede em muitos casos que em suas experiências exteriores os pacientes vivenciem preconceitos exatamente desta ordem. Por diversas vezes, ainda, foi possível identificar uma estrutura recorrente nos discursos explicativos sobre suas condições específicas e eles geralmente trazem o seguinte conteúdo: “Eu já tinha esta doença, né? Aí perdi meu marido (me divorciei, perdi o emprego,...) e tive que vir para cá.”. Se por uma leitura excessivamente biopatológica ou não, os pacientes tendem a não identificar suas doenças como produzidas em circunstâncias sociais, mas a perceber a perda de laços sociais como uma consequência de uma doença já existente. Se pudesse, no entanto, descrever em grandes áreas as principais “queixas” dos pacientes da clínica-dia, se poderia dizer que elas se concentram nas temáticas da família e do trabalho. Inúmeros pacientes relatam que sua estadia naquele ambiente se dá por terem vivenciado relações de humilhação, desrespeito, desatenção em seus ambientes de trabalho, em suas relações com seus chefes e colegas, isto é, fora da clínica. Uma das pacientes, que mais abertamente consegue descrever sua frustração com relação ao antigo trabalho, formula rápida e rasteiramente seu problema: “Trabalhei dez anos ininterruptamente para uma empresa, sem tirar férias. Quando precisei de ajuda, fui demitida.” Existe uma intenção, mais ou menos generalizada, de **não** retornar para o “mundo do trabalho”, para a correria do dia-a-dia ou de, pelo menos, não retornar para os mesmos trabalhos em que estavam ao entrar na clínica. Existem casos onde, igualmente, o próprio desenvolvimento da patologia seria associado a condições exaustivas e insalubres de trabalho. Quando não desta forma, não são raros também os casos de pessoas que por não conseguirem “melhorar” de suas doenças são rotuladas, mal-tratadas, objeto de fofocas por colegas e amigos. O ambiente do trabalho sempre foi, assim, tema de discussões na clínica, o que o torna uma categoria importante na fala das pessoas.

---

<sup>45</sup> No vocabulário corrente na clínica, “saber o CID” implica em tomar conhecimento do código através do qual sua patologia específica é referida na Classificação Internacional de Doenças. O CID, no entanto, é um sistema de classificação utilizado para doenças de quaisquer ordem. Na psiquiatria é comum, neste sentido, a utilização do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), que é publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association).

Sempre mais complicadas e mais entristecedoras, porém, parecem ser as histórias que se remetem aos universos familiares. Aí as conversas vem, não poucas vezes, acompanhadas de choro e da mais profunda indignação. Desde simples xingamentos por parte de maridos ou filhos, até mesmo agressão, como em pelo menos um caso que escutei de uma paciente, as relações com familiares foram sempre trazidas como um dos elementos para ser problematizado, como uma das explicações; dos “porquês” de estar ali. Separações abruptas são casos sempre presentes e, na grande maioria dos casos, expõe sofrimentos das mulheres e não dos homens da clínica. A questão quase sempre é: “dediquei toda minha vida para meu marido e filhos e agora tenho que mudar tudo”. A maioria dos pacientes da clínica possui entre 30 e 50 anos e a presença de mulheres, pelo menos no grupo chamado de “Transtorno mental”, sobrepuja numericamente a dos homens. O número de homens no grupo AD, neste sentido, é significativamente maior, tendo em vista, por exemplo, uma suposta maioria de homens usuários de álcool e drogas<sup>46</sup>. Tanto no caso das mulheres, como dos homens, a loucura se produziria, de qualquer forma, numa estreita associação com o rompimento de padrões sociais de gênero historicamente consolidados. No caso do homem, com o rompimento de uma expectativa relacionada a um perfil mais público e trabalhador, em oposição a mulher e seu papel mais voltado à esfera privada, ao cuidado da família. A consolidação da psiquiatria, no fim do século XIX e início do XX, argumentariam vários autores, se dá precisamente a partir de uma estreita conexão com o processo contemporâneo de modernização das instituições sociais que, de modo genérico, afeta todo o mundo. Seria impreciso, no entanto, recorrer exclusivamente ao recorte de gênero para caracterizar os sujeitos da clínica, uma vez que os frequentadores apresentam distintos pertencimentos e suas existências parecem atravessadas por uma série de outras representações, dizendo respeito à classe, raça, geração e escolaridade.

Duas das principais interlocutoras da pesquisa, Ana Paula e Regina, ambas lidas pela equipe profissional como possuidoras de transtorno de humor bipolar, são pessoas com níveis de escolaridade bastante altos para a média do público da clínica. Ana Paula, de aproximadamente cinquenta anos, graduada em sociologia e em psicologia, com várias especializações na área, foi um achado ao longo do campo. Sua compreensão das perspectivas das Ciências Sociais e, de modo geral, de minhas propostas como pesquisador, aliada ao seu conhecimento da área da psicologia, foram cruciais para dinamizar minhas negociações com outros pacientes e situar minhas argumentações nas oficinas e na vida cotidiana na clínica.

---

<sup>46</sup> Reflexões sobre a ocorrência de loucura para o caso dos homens, sobretudo no fim do século XIX, apontam o uso de álcool como um dos aspectos mais relevantes na composição de um diagnóstico médico (HARRIS, 1993).

Regina, na mesma faixa etária, profissional da área de Letras, com mestrado no campo da linguística, por sua vez, sempre foi uma grande crítica de minhas argumentações e de meus motivos. Nada era tão simples como eu colocava quando tentava abordar de um ponto de vista antropológico as questões referentes à saúde mental, e ela foi sempre uma das que apontava este aspecto. Como estas duas interlocutoras, vários outros, com especializações, mestrados, doutorados, professores universitários passaram pela clínica. De modo geral, os pacientes da possuem formação educacional pelo menos de ensino médio e um bom número possui graduação universitária e especializações. Conversando, certo dia, com um filósofo que estava em tratamento junto ao segmento de AD, fui informado que o grande problema de seu uso de psicoativos estava precisamente vinculado ao campo das Ciências Humanas pois, a extrema relativização das condições de existência na sociedade ocidental, possibilitada por diversas bibliografias, como por exemplo nos trabalhos do filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), segundo ele, haviam criado uma sensação de permissividade ou de “estrago do corpo”<sup>47</sup> inerente ao processo de aprendizado das humanidades. Ana Paula, por outro lado, paciente do TM, diria que foi sua formação no campo de Ciências Sociais que hoje ajudaria a pensar um avanço no tratamento, ampliando a forma de ver o mundo, etc. Um grande número de pacientes, ainda, vem do campo da Educação. Professores de ensino primário ou de ensino fundamental e médio, de distintas especialidades – ensino infantil, matemática, português – participam do tratamento. Por fim, existe ainda, um grande número de profissionais da área da saúde, sobretudo enfermeiros e técnicos de enfermagem. Em seguida se poderia dizer que existe ainda um número considerável de pessoas aposentadas, tanto no segmento TM quanto no AD. Neste sentido, uma das características interessantes da pesquisa nesta clínica-dia diz respeito ao fato de que em nenhum momento estive em interlocução com pessoas que estavam alheias a qualquer processo de reflexão mais sistematizado.

Comparativamente ao Hospital-dia SUS, porém, existe um aspecto crucial a ser considerado para compor uma ideia sobre as pessoas com quem convivi ao longo deste campo. Poucas vezes passei pela ala do SUS responsável pelo tratamento-dia. Na primeira vez que visitei o espaço, na companhia de meu primeiro interlocutor, as pessoas pareceram absolutamente sem atividades, diferentemente da clínica privada, onde era muito raro entrar em algum momento do dia – salvo em momentos de lanches ou na televisão – e perceber pessoas totalmente sem atividades. Além disto, do ponto de vista de um estereótipo, sobretudo visual, as pessoas pareciam mais próximas de uma representação de senso comum do que

---

<sup>47</sup> Esta reflexão tematizando Foucault, é importante ressaltar, foi produzida por este interlocutor, que é doutorando na área de Ciências Humanas.

seria um sujeito em sofrimento psíquico: desajeitadas, talvez sujas, com olhares curiosos ou distantes, aparentando preocupação, com combinações de roupas e cores pouco usuais, entre outros. Na segunda e terceira visitas, que aconteceram, como a primeira, de passagem e sem estabelecimento de muito contato direto com os pacientes, a impressão se reiterou com a soma de um aspecto crucial: aquelas eram pessoas de um estereótipo diferente daquele que eu estava habituado a ver na clínica privada, sobretudo porque eram, de fato, mais pobres que aquelas com quem eu usualmente conversava. Como me confirmou uma enfermeira mais tarde, alguns estavam ali exclusivamente para se alimentar. As propostas terapêuticas oferecidas num ambiente não necessariamente estavam no outro e, entre outros, o número de profissionais era sensivelmente menor naquele ambiente, havendo compartilhamento de ambas as clínicas (privada e SUS) em algumas modalidades do atendimento. Ainda que meus interlocutores diretos não fossem, de fato, pessoas de grande poder aquisitivo, também não era possível dizer que houvesse pessoas de fato muito pobres, como parece acontecer no SUS. Alguns pacientes são ex-policiais, aposentados da Receita Federal, empresários, funcionários públicos, profissionais liberais, entre uma variada gama de profissões. Muitos, contudo, tem seus tratamentos pagos diretamente por suas empresas ou planos de saúde e parecem se encaixar na mesma condição de dificuldades financeiras percebidas no outro segmento. Mesmo assim, porém, não é generalizada uma situação de privação de possibilidades econômicas no caso da Clínica-dia que pesquisei, o que se reflete, me parece, também na forma de se vestir, nas atividades fora da clínica que acessam e nas discussões cotidianas. Neste sentido, me diriam alguns profissionais da equipe, como acontece numa divisão entre AD e TM, entre a clínica-dia (particular) e o hospital-dia (SUS) existe uma diferença nas manifestações das patologias e na ocorrência ou não de cronificação<sup>48</sup>. No SUS estariam pacientes que apresentam avanços mais expressivos das patologias, tanto pela demora em conseguir vaga no serviço ou pelas próprias condições de tratamento aos quais cada paciente esteve sujeito individualmente em suas trajetórias. Na clínica-dia, ao contrário, não são poucos os pacientes que podem dizer que realizam análises com psicanalista, consultas particulares com terapeutas holísticos, isto é, tratamentos paralelos e, não necessariamente, vinculados a uma posição de classe desprivilegiada.

Um último aspecto, bastante importante destas diferenciações referentes à classe, diz respeito aos medicamentos. Alberto, um dos pacientes que por mais tempo esteve na clínica,

---

<sup>48</sup> A cronificação é um conceito usado no campo da saúde mental para descrever um processo de adoecimento que se tornou crônico, isto é, que se mantém ao longo do tempo. Esta “cronicidade” teria sua origem no próprio modelo hospitalocêntrico.

esquizofrênico desde pelo menos a adolescência, e já um senhor de seus mais de cinquenta anos, usa uma medicação considerada por membros da equipe como uma das mais complicadas utilizadas no tratamento da esquizofrenia, o chamado decanoato de haloperidol, popularmente conhecido como Haldol. A medicação, descrita como sendo um medicamento de primeira geração, tem diversas e complicadas reações adversas. Medicamentos de primeira geração, ou medicamentos típicos, seriam parte de um grupo de antipsicóticos inicialmente criados pelas indústrias farmacêuticas para o tratamento de esquizofrenia. Este tipo de medicamento, segundo uma interlocutora do campo da enfermagem me informou, teria como principal característica a provocação de reações adversas de tipo extrapiramidal, indicando que causariam danos ao controle da movimentação do corpo, como por exemplo, hiperssalivação, tremores, rigidez, movimentos involuntários, entre vários outros. Este tipo de medicamento, contudo, o mesmo oferecido para tratamento no SUS, não causaria nenhum tipo de efeito em Alberto que, sofreria pouquíssimas reações adversas advindas do uso do medicamento. Outros pacientes, porém, teriam possibilidade de usar medicamentos de segunda geração, considerados melhores embora com custo bastante superior, que não causariam absolutamente nenhuma reação ou prejuízos adicionais paralelos ao uso do medicamento.

### **2.3. Equipe**

A clínica-dia se organiza, conforme argumentado anteriormente, em torno da ideia de reestruturação do atendimento à saúde mental trazida pela reforma psiquiátrica. A ideia de complexidade do humano que permeia as propostas reformistas tem como desdobramento essencial a realização de tratamento por distintas categorias de profissionais. Isto é, se a loucura não é um processo biomédico, mas bio-psico-social, então o tratamento não deve ser realizado exclusivamente por psiquiatras, mas por uma gama variada de profissionais e de especialidades. Conforme se pode observar no Congresso de Saúde Mental, a partir deste paradigma um grande número de atividades e saberes passa a ser incluído no processo de tratamento, o que dá espaço para a realização de atividades que nem sempre se vinculam explicitamente com a medicina, tais como o reiki, relaxamento, massoterapia, etc. Por outro lado, todas estas atividades, ainda que não explicitamente conectadas com uma compreensão dos fenômenos de saúde/doença exclusivamente biomédica, são lidas por profissionais e por pacientes como partes importantes de um tratamento que é, em si, visto como essencialmente médico e que resulta na produção de “saúde mental”. O que ocorre, portanto, é uma busca de



reestruturação simultânea das noções de “saúde” e de “terapia” a partir da reforma psiquiátrica, fazendo com que “ter saúde” não seja mais “tomar remédio” mas investir em “qualidade de vida”, “autonomia”, “espiritualidade”, o que implicaria em última instância num quadro humano saudável. Este movimento todo de transformação do exclusivamente médico em “saúde mental” e do exclusivamente “biomédico” em “plural”, só é possível na perspectiva a partir da qual se organizam estas propostas, a partir do lugar dos terapeutas e, mais importante, de uma equipe multiprofissional.

Ao longo do período de campo, os profissionais que se envolverem com o tratamento eram das seguintes áreas: assistência social, psicologia, psiquiatria, terapia ocupacional, artesanato, musicoterapia, reiki e enfermagem. A maioria dos membros desta equipe utiliza jalecos brancos para diferenciar-se dos pacientes e os psicólogos e psiquiatras, em sua maioria, dispõem de escritórios específicos para trabalhar. Apesar de se investir numa proposta de multidisciplinaridade na maioria das vezes a equipe pode ser vista como sendo composta quase que exclusivamente por psicólogos e psiquiatras, uma vez que parte destes profissionais quase a totalidade das decisões da clínica e, mais importante, é a um grupo composto por psicólogos e psiquiatras que se tributa em quase todas as ocasiões o rótulo de “equipe”. Ainda que o profissional da argila ou do reiki venham a ser considerados como membros da equipe para efeitos de diferenciação, efetivamente eles não participam das decisões clínicas tomadas pelo conjunto de psiquiatras e psicólogos. O que considero por equipe aqui, portanto, não é o todo dos profissionais ou a manifestação deste aspecto multiprofissional na clínica, mas a construção nativa de equipe, que considera basicamente psicólogos e psiquiatras como centrais de seus processos de organização e que tomam as demais especialidades como assessorias em quaisquer decisões ou acontecimentos da clínica. O que se segue, neste sentido, são algumas considerações em torno da forma como este aspecto da clínica se relaciona com outras questões.

Do ponto de vista dos profissionais que atuam na clínica-dia a existência de um grande número de profissionais é o que, de certa forma, garante o sucesso do tratamento, pois é a partir deles, e de sua variedade, que distintos aspectos da vida humana podem ser transmitidos aos pacientes. Foi somente a partir desta percepção de seu ambiente que meus interlocutores tornaram possível que eu participasse das atividades da clínica como voluntário e somente a partir disto que as oficinas de antropologia foram vistas como interessantes para este contexto. Sempre que há, neste sentido, alguma discussão ou reclamação em torno da dinâmica de atendimento, das propostas terapêuticas ou da organização cotidiana dos trabalhos na clínica, a quantidade de profissionais é considerada como elemento chave.

Argumentos do tipo “a gente faz o que pode com o que tem” são comuns nestas discussões e apontam não somente para ressentimentos da equipe da clínica-dia com a instituição maior, que eventualmente minaria as intenções dos profissionais, interessados em fazer com que a clínica se transformasse num espaço de efetiva reforma, mas também para a perspectiva central que a equipe de profissionais ocupa no imaginário deste tipo de tratamento.

Ao descrever o papel de profissionais nas instituições totais Goffman (2010) afirma que as pessoas são o objeto principal do trabalho da “equipe dirigente”, na medida em que se tornam elas próprias “objetos”, “materiais de trabalho”, num sentido basicamente inanimado. Assim como qualquer objeto material as pessoas internadas em instituições totais seriam manipuladas de acordo com suas características físicas, tais como o peso ou a cor da pele. O autor ainda compara o internado nestas instituições com produtos fabricados, que tem seu trajeto de manufatura esmiuçado e descrito em papéis específicos (p. 70). Decorre disto que o trabalho da equipe esteja voltado propriamente para uma economia geral da vida das pessoas dentro destes locais específicos, o que se passa tendo como referência princípios morais próprios do lugar. Na clínica-dia este aspecto é bastante evidente e também parece qualificar de maneira bastante precisa o trabalho da equipe. Isto é, seu cotidiano de trabalho, sua forma de se comportar, seus objetivos e investimentos são todos direcionados à pessoas e carregam, neste sentido, o mesmo conteúdo de objetificação que apontou Goffman. A equipe se ocupa, neste sentido, da escrita de relatórios e de prontuários, da descrição da vida dos sujeitos dentro da clínica, suas características e etc. Todos os dias, no caso da clínica-dia, algum dos membros da equipe se encarrega de atualizar os prontuários com informações dos pacientes e cotidianamente toda a equipe é responsável pelo controle da presença das pessoas nas atividades, pela entrada e saída de pacientes, bem como pela anotação, de acordo com o interesse de cada profissional, de opiniões particulares sobre os pacientes.

Em instituições totais, comparadas por Goffman a uma forma de Estado (p. 72), tudo que afetaria a equipe dirigente também acabaria por afetar diretamente o público internado, o que ocasionaria uma relação de mútua dependência entre estes dois grupos, ambos classificando-se e identificando-se em função um do outro. Desta forma se algum paciente apresenta alguma necessidade específica ou particularidade terapêutica cabe a equipe mobilizar a própria organização em favor do que julga necessário para atender o paciente em suas necessidades, como seria o caso de pacientes com tendências auto-destrutivas ou suicidas, que eventualmente precisariam ter partes do corpo ou todo o corpo imobilizado. (p. 72). No caso de Goffman, no entanto, pela própria compreensão específica da doença mental como “ausência de razão” no contexto estudado, a atuação da equipe no sentido de uma

observação constante dos pacientes parece muito mais pronunciada, pois os pacientes raramente poderiam ser deixados sozinhos neste modelo de tratamento. No caso da clínica-dia, por outro lado, que se apresenta a partir de uma proposta que centra a autonomia e a liberdade como focos principais da saúde mental, este cuidado ou esta observação é realizada não diretamente pelos funcionários, mas pela própria estrutura ideológica da clínica que é construída, a partir de seus princípios terapêuticos, para atender sujeitos que “querem ajudar-se” e que não precisem depender de terapeutas. Assim, somente pacientes que eventualmente manifestasse tendências suicidas ou que se encontrassem em momentos de crise vieram a ser mantidos sob vigilância de membros da equipe e, ainda assim, foram raras ocasiões em que presenciei a situação. Com exceção destes casos, no entanto, a vigilância recebe um tom muito mais moral e ideológico do que propriamente material.

A equipe atua, em muito momentos, na posição de “referenciais” morais para os pacientes, sendo figuras centrais para o tratamento. Para se compreender a atuação da equipe, neste sentido, é importante compreender, como apontado anteriormente, que o público da clínica-dia é muito diferente daquele que a literatura consagrou como “loucos”. Professores, advogados, funcionários públicos, sujeitos que tem praticas culturais próprias da nossa sociedade (trabalho, família, universidade, amor, etc) se encontram na clínica-dia tendo em comum problemas de depressão, ansiedade, uso de álcool ou de drogas. Neste ambiente a concepção de loucura é ressignificada para comportar não somente um desvio de comportamento ou um transtorno neurológico biologicamente percebido, como sugeriria um acepção mais rasa do louco, mas múltiplos desvios por toda a estrutura de relações da pessoa fora do ambiente da clínica e, mais que isto, toda sua estrutura de comportamentos, manifestações e práticas. A atuação da equipe neste sentido é efetivamente normalizadora, como a bibliografia sobre esta temática consagrou, mas agora não somente voltada para uma perspectiva biomédica, como veremos com mais detalhes adiante. Vários discursos terapêuticos ganham legitimidade neste contexto pois são vários também os problemas das pessoas e tudo se passa como se, afinal de contas, não se pudesse captar a totalidade do humano, essencialmente inesgotável, complexo e holístico, de acordo com o universo da clínica-dia. Deve-se somar a isto a compreensão nativa de que na clínica-dia não há um público que, do ponto de vista dos profissionais que lá atuam, apresenta indícios de cronificação, situação na qual *quadros demenciais*<sup>49</sup> já poderiam ser mais evidentes e nos

---

<sup>49</sup> Um paciente em quadro demencial, como ouvi em diversos momentos ao longo da pesquisa, é um sujeito que já apresentaria perda significativa de potencial social e cognitivo. Em outros termos, sujeitos que eventualmente manifestaram comportamentos muito diferentes, tais como vestir-se de jeito pouco usual, comunicar-se com

quais a intervenção da equipe precisaria ser mais efetiva. Isto também justificaria a existência de um perfil mais propriamente psicossocial na abordagem terapêutica, que eliminaria a necessidade de lidar mais diretamente com problemas considerados maiores, como seria o caso da esquizofrenia ou de casos agravados de transtorno mental.<sup>50</sup>

#### **2.4. “Normas e Combinados”: atividades e estrutura terapêutica da clínica-dia.**

Na primeira etapa das oficinas, quando realizadas ainda na antiga clínica, uma questão sempre despontava quando discutíamos. Normalmente eu iniciava as atividades convidando os presentes para uma “explosão de palavras” sobre algum tema em específico: o outro, a loucura, a sociedade, entre vários temas, alguns inclusive dirigidos pelos próprios assistentes da atividade. Numa dessas atividades, um celular tocou ruidosamente exatamente quando já iniciávamos o debate e a exposição da posição de cada um. Imediatamente várias pessoas se manifestaram dizendo que dentro das atividades era proibido o atendimento de celulares ou a interrupção do grupo: esta era uma “regra” da clínica. A questão com o celular sempre foi interessantemente apresentada na clínica-dia. Num primeiro momento havia uma proibição expressa de utilização do aparelho dentro da clínica, uma vez que, segundo alguns membros da equipe, o uso prejudicaria a adesão dos pacientes e a participação das atividades. Em algum momento lembro ter sido cogitado inclusive o recolhimento dos aparelhos após a entrada dos pacientes na clínica com devolução somente por motivos especiais ou no fim do dia de convivência na clínica. Recordo de uma discussão, logo em uma de minhas primeiras visitas, envolvendo o uso do celular no momento dos intervalos. Ariana havia pedido o aparelho emprestado para mandar uma mensagem ou ligar para alguém. Carlos, o proprietário do celular, fica resistente por um tempo, fazendo um pouco de manha, mas acaba entregando o celular depois de ameaças de término de amizade e um pouco de alteração por parte de Ariana. Ela não consegue efetuar a ligação e, desistido rápido, diz que tentaria falar mais tarde. Alguns minutos depois, Ariana pede o celular novamente e se dá conta que o número de telefone não estava anotado na agenda do celular. Acusa, então, Carlos de ter apagado o número e de sua falta de amizade e cuidado com a ligação que ela precisaria fazer. Em seguida se processa uma discussão entre os dois que só é resolvida com muito investimento

---

frases não encadeadas logicamente, com perda de controle de funções fisiológicas, foram eventualmente considerados como possuidores de “quadros demenciais”.

<sup>50</sup> Como veremos adiante, no entanto, a clínica-dia também abriga pacientes em quadros que poderiam ser considerados mais graves. Não obstante eles parecem não responder bem ao tratamento oferecido a partir de uma perspectiva psicossocial.

de Carlos no sentido de dizer que era, sim, amigo dela e que não havia feito intencionalmente. Apesar de flagrantemente estereotipado, eventos como este não eram totalmente raros por algum tempo na clínica. Ausentes de convívio e distantes de um objeto de uso crucial, os horários de convivência eventualmente eram ocupados para ligações e para este tipo de negociações. Mesmo na nova clínica, quando algumas ideias quanto à proibição do uso do celular já não faziam mais parte da proposta da equipe, o celular sempre parece ter sido um grande companheiro em grandes momentos na clínica. De qualquer forma, naquela oficina em que houve alguma discussão em torno do não seguimento de regras, os pacientes se mostraram muito incomodados por esta quebra do ‘contrato’ feito por todos. Uso o exemplo para apontar para duas coisas. Em primeiro lugar é importante ter em mente que as normas da clínica são códigos absolutamente incorporados pelos pacientes e que a quebra deles provoca, como no caso que descrevi brevemente, a ideia de não respeito a uma instituição maior ou de não responsabilidade. Curiosamente, esta parece ser basicamente a ideia que muitos membros da equipe fazem com relação as normas. Em segundo lugar, o celular é um objeto de desejo pessoal, causando alvoroço de acordo com a marca, o tamanho, as funcionalidades. É bastante comum que os pacientes troquem impressões sobre seus aparelhos ou façam brincadeiras com os aplicativos disponíveis no aparelho de cada um. Mais que isto, porém, o celular é o que possibilita o contato de cada indivíduo com o mundo fora da clínica. Jamais presenciei uma situação em que, tocado o celular, o paciente deixasse de atender, ainda que discordasse – como no caso descrito acima. Muitos pacientes tem famílias que os aguardam em casa, filhos preocupados, detalhes pessoais a resolver e é com bastante prazer que muitos deles fazem uso de seus celulares, talvez como uma forma de manterem-se em contato com este mundo que, na grande maioria dos casos, não lhes abriga integralmente. Esta forma paradoxal de se relacionar com as normas está, portanto, diretamente relacionada com a própria condição de estigma que o público apresenta e não é com facilidade que todos aderem a elas.

As normas formais estabelecidas pela clínica, conforme texto das normas abaixo, não parecem ser seguidas a risca pela maioria dos pacientes (e mesmo pela equipe), não somente pela suposta irresponsabilidade de cada um – como o discurso geral poderia apontar – mas, em muitos casos, pelo absurdo que cada uma carrega. Isto é, o ambiente da clínica, se pode perceber nos pretensos “combinados” entre equipe e pacientes, propõe-se – de maneira analógica – a reproduzir um contexto social de contato e interação.

### Normas e Combinados Clínica Dia

- 1) Todos os pacientes devem respeitar o horário de chegada, bem como o de saída. Horários especiais somente serão permitidos com autorização do TR e de acordo com o PTS (Projeto terapêutico singular)  
Horários de entrada: AD – 8:00 / TM – 11:00, Horários de saída: AD - 14:00 / TM – 17:00;
- 2) Saídas fora das habituais somente com autorização do TR ou da enfermagem;
- 3) Usar o crachá (na chegada pegar no balcão do posto de enfermagem → AD – Caixa azul / TM – Caixa vermelha, ao término das atividades guardar na mesma);
- 4) Assinar a lista de presença;
- 5) Todos devem estar devidamente higienizados;
- 6) Todos os pacientes devem estar nas salas 5 minutos antes do horário determinado, válido para qualquer tipo de atividade, entradas após o início da atividade somente acompanhado de alguém da equipe;
- 7) Todos devem zelar pela conservação e higiene das dependências da clínica, prejuízos ao patrimônio devem ser ressarcidos pelo paciente ou pela família;
- 8) Nos intervalos os pacientes tem direito à assistir TV, usar o celular e outros aparelhos eletrônicos, fumar (no jardim em frente à recepção) e realizar atividades de interesse (leituras, jogos, atividades manuais...);
- 9) Todos devem participar do grupo de apresentação (2ªf – 11:30) e momento de reflexão (3ª à 5ªf – 11:30), bem como de grupos específicos (conforme indicação);
- 10) Manter atualizada a ficha cadastral;
- 11) Não é permitido o uso de óculos escuros dentro da casa;
- 12) Celulares devem permanecer desligados;
- 13) Não é permitido expor nem vender objetos na clínica, bem como troca ou comercialização de medicamentos;
- 14) Não serão admitidas agressões físicas nem verbais direcionadas à pacientes ou funcionários, bem como ameaças. Em caso de quebra desse combinado será realizada uma avaliação pela equipe podendo o paciente ser 1 - advertido verbalmente, 2 - advertência por escrito em prontuário e até mesmo 3 - alta administrativa;
- 15) Não é permitido contato físico erotizado entre os pacientes;
- 16) As faltas devem ser justificadas ao TR;
- 17) Em caso de intoxicação por substância psicoativa o paciente deverá permanecer no leito de observação (posto de enfermagem), podendo transitar pela clínica somente com autorização de alguém da equipe;
- 18) A permanência na clínica é destinada somente à pacientes internados;
- 19) O paciente deve ter condições mínimas de autogerenciamento, levando em conta que as portas do serviço ficam abertas e sem vigilância;
- 20) A internação deve ser feita com consentimento pleno do paciente e de seu responsável;
- 21) A presença nos grupos terapêuticos e permanência nos mesmos será avaliada pela equipe como adesão ou não adesão ao tratamento;
- 22) Serão oferecidas as seguintes refeições: café da manhã, lanche da manhã, almoço e café da tarde;
- 23) O atendimento é exclusivamente psiquiátrico, situações clínicas devem ser atendidas em clínica especializada, exceto em situações de urgência e emergência;
- 24) O paciente deverá utilizar vestuário adequado às atividades da CD;
- 25) É de suma importância a participação dos familiares no tratamento especialmente nas situações de emergência ou no atendimento familiar, quando possível (toda quinta feira → AD 9:00 / TM 15:00);
- 26) Três faltas consecutivas e sem justificativa será passível de avaliação pela equipe com possível indicação para alta por abandono;
- 27) Pacientes em fase de Integração (nível verde) poderão sair após o café da tarde (15:30).

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

A maioria dos membros da equipe e os pacientes parecem entender que uma “sociedade” é feita de normas e, portanto, é preciso segui-las para manter a “ordem”, raciocínio este que foi por várias vezes elaborado em ambos os lados. Neste sentido, as normas apontam para um escrutínio bastante sistematizado das ações dos pacientes, começando pelas condições de higiene pessoal e abordando até a ideia de um contato “erotizado” entre pacientes, o que é proibido. Não é preciso dizer que no curso de suas estadias na clínica torna-se impraticável o cumprimento de muitas destas normas, pelo simples fato delas não representarem as próprias concepções de normas que cada um poderia carregar ou por não representarem a própria “vida social” que cada um vivenciou em suas trajetórias. Esta questão básica parece complicar bastante a vida, sobretudo da equipe, pois o não cumprimento de normas implica na ideia de “não adesão” ao tratamento. Sujeitos que “não aderem ao tratamento” por sua vez, parecem ser deixados de lado após um tempo de insistência da equipe, o que pode culminar com a saída do paciente da clínica ou a uma dificuldade no relacionamento entre pacientes e profissionais.

Os pacientes da clínica-dia são divididos entre si em três distintas categorias, o que define de modo bastante claro as regras e atividades de cada grupo. Quando chega à clínica o paciente passa por uma triagem com um profissional da área de psiquiatria (existe uma psiquiatra para o AD e um para o TM). Nesta triagem começam a ser pensados os perfis nosográficos, alterações nas medicações, anamnese, etc. Estes aspectos, mais tarde, são todos frequentemente revisitados pela equipe, que cotidianamente se reveza para preencher prontuários com evolução dos pacientes e características relativas ao processo de tratamento. Não são raros, também, os pacientes que demonstram sua alegria pelo processo de revisão de sua medicação, pois muitos reconhecem que “com a medicação acertada o tratamento fica mais fácil”. Após esta triagem, uma vez decidida a estadia do paciente e acertados os aspectos burocráticos, o paciente é conduzido para algum membro da equipe (em geral, da área de enfermagem) que fará o acolhimento inicial, apresentando as características da clínica, os aspectos do tratamento, os espaços físicos das atividades cotidianas e as regras a seguir. Neste momento é explicado ao paciente que, na clínica-dia, a base do tratamento é o grupo e não o indivíduo, por isto não existe ênfase em consultas específicas e análises individuais. Feito este procedimento, o paciente recebe um crachá com um adesivo vermelho de forma circular representando que se encontra na etapa de ACOLHIMENTO, primeira etapa do processo de tratamento na clínica-dia. Durante este período, que parece poder durar entre 15 e 30 dias, o paciente fica impedido de participar de algumas atividades e, de acordo com a equipe, busca-se que toda a clínica dirija atenção para o novo membro, no sentido de *acolhê-lo*. No nível

vermelho o paciente somente participa de “atividades estruturais”. Tais como grupos gerais de psicologia, psiquiatria, enfermagem, educação física, terapia ocupacional, entre outros. Os grupos estruturais, em geral, são os grupos nos quais todos os frequentadores da clínica devem participar. Após este período, quando o paciente já conhece a estrutura da clínica, ele recebe um adesivo amarelo em seu crachá, logo abaixo do adesivo vermelho, representando que entrou no nível de PARTICIPAÇÃO. A partir deste momento se inicia um processo de afunilamento do processo de tratamento, a partir do qual os pacientes passam a fazer parte de atividades específicas para os quadros clínicos específicos percebidos a respeito de cada indivíduo. As atividades específicas, portanto, são indicadas pela equipe da clínica, na condição de uma para cada paciente e são referenciadas cotidianamente como “grupos de indicação”. Não são todos os pacientes que participam destes grupos, portanto um certo grau de “senioridade” perpassa a vida do paciente a partir do momento em que passa para o *nível amarelo* do tratamento. A partir deste momento, portanto, além de todas as atividades estruturais, o sujeito recebe um adicional de uma atividade específica – grupo de sentimentos, psicodança, psicodrama, psicologia transpessoal, regressão, entre outros – para compor sua grade de horários semanais. Nestes dois níveis, tanto pacientes de TM quanto de AD, os pacientes precisam estar presentes durante toda a carga horária específica de cada grupo. Como o tratamento se baseia, na perspectiva dos profissionais, numa ideia de grupo e de convivência, a ideia destas divisões internas é que, progressivamente, o paciente caminhe rumo à uma maior participação nas atividades da sociedade “externa”, que com o tempo reconstrua laços e passe a se envolver em novos trabalhos, cursos, laços sociais, etc.

Um dos aspectos cruciais deste chamado processo de ressocialização e da estrutura terapêutica da clínica-dia diz respeito ao PTS – Projeto Terapêutico Singularizado. Diferentemente de quando iniciei a pesquisa, quando a instituição parecia utilizar um projeto terapêutico que se projetava por todas as unidades do hospital, advogando basicamente uma mesma compreensão geral da saúde e da doença, na clínica-dia, quando já estava mais fortemente envolvido com o grupo, esta ideia de um projeto amplo sequer parecia ser compreendida por meus interlocutores. Existe, na clínica, um projeto individualizado, isto é, para cada paciente. Neste projeto constam que tipo de práticas e metas cada paciente precisa alcançar. Assim, se um dos aspectos que conduz à doença é a experiência do trabalho, a clínica busca – na fala da equipe – trabalhar com este paciente aspectos referentes à mudança de ambiente de trabalho ou, mesmo, estabelecer como meta a realização de cursos ou a própria troca de emprego. Outros, com mais dificuldade para realização de tarefas cotidianas, tem em seu PTS a meta de semanalmente ajudar familiares com aspectos do cuidado da casa,



fazer almoço, auto-cuidado, regular horários, etc. Estas metas, segundo fui informado na clínica, tem como prerrogativa precisamente o envolvimento com as matérias cotidianas da vida de cada indivíduo e o trabalho terapêutico dentro de critérios adequados para cada realidade. Um paciente classificado como esquizofrênico, com dificuldades para o convívio social, por exemplo, pode não ter recomendação de buscar um emprego ou de realização de atividades que demandem atenção, etc. A definição do projeto e das metas é conduzida pelo Terapeuta de Referência (TR) e pelo paciente e, em seguida, discutido pela equipe em parceria com o TR. Uma vez que, internamente, o Terapeuta de Referência é o membro da equipe responsável para acompanhar um grupo específico de pacientes em suas necessidades e evoluções semanais, isto é, conhecer com mais profundidade as condições de cada indivíduo, ele também fica responsável por conversar com o paciente sobre as características de seu Projeto Terapêutico Singularizado, embora não fique muito clara qual é precisamente a participação deste no processo de definição do projeto.

O último nível de tratamento adotado pela clínica, que é reconhecido pelos pacientes como uma “quase-alta”, é realizado somente mediante uma melhora com relação ao quadro apresentado quando da entrada na clínica. O nível é chamado de INTEGRAÇÃO e reflete a necessidade de que, concomitante ao seu processo de avanço “para fora”, os pacientes alcancem a reintegração à sociedade e às atividades de cada um. Quando fui convidado pela segunda vez para ministrar as oficinas de antropologia, a solicitação da instituição era, precisamente, que eu trabalhasse aspectos dos “projetos de vida” das pessoas que assistiriam ao grupo. Segundo minha interlocutora, com o desenrolar do tratamento os pacientes precisariam aprender a refletir a clínica-dia como um momento de parada e não como um estado de coisas estabelecido. O paciente de integração, portanto, costuma-se dizer, já está com “um pé fora da clínica” pois, em tese, ao longo do tratamento já teria desenvolvido projetos que possibilitassem a própria não necessidade do contato com a clínica. Nesta última etapa do tratamento, os pacientes tem autorização para saírem da clínica em horário diferenciado e recebem, logo abaixo do adesivo amarelo, um adesivo verde. Os pacientes do TM podem sair as 15hs e os pacientes do AD podem sair as 10hs. Em situações específicas, ainda, os pacientes podem receber autorização para realizarem horários alternativos ou participar em horários alternativos das atividades da clínica, de acordo com os projetos que estejam sendo empreendidos fora do espaço de referência, que é a clínica.

## **2.5. Grupos e Atividades**

As atividades da clínica-dia são o que a põem diariamente em movimento. Como tenho tentado apontar, a representação em torno do termo é bastante específica para aquele contexto e sempre que utilizada indica especificamente a realização/ participação de “atividades terapêuticas”. Cada atividade tem duração de aproximadamente uma hora ou uma hora e meia e acontece, em geral, uma vez durante a semana, com raras exceções. Por exemplo, se se perguntar para algum paciente o que ele fará em “x” horário do dia ele possivelmente responderá: “Vou estar em atividade” ou “Vou estar em grupo”, o que indica, ao mesmo tempo, que elas são uma parte bastante importante do cotidiano dos pacientes e que é basicamente a partir delas que, na prática, é organizado o tratamento na clínica-dia. Indica-se com o termo, em geral, que o paciente estará realizando algum tipo de participação, reflexão, trabalho, sempre com um grupo de outros pacientes, em alguma das salas da clínica-dia.<sup>51</sup> Ainda que existam vários tipos de atividades realizadas na clínica, a grande maioria delas pode ser entendida a partir de alguns aspectos centrais, e que podem ser sintetizados a partir de duas ideias: grupos “de fala” e grupos “de corpo”. O primeiro tipo agrupa atividades mais voltadas para a exposição de situações pessoais e para a discussão – mediada pelo terapeuta – de soluções ou aspectos da vida de cada um. Este tipo de atividades é pensado a partir da ideia de “conversa” e de debate em grupo e, neste sentido, está ligada a uma perspectiva mais discursiva do tratamento. Na direção oposta, o segundo tipo de atividades, compreende grupos de educação física, psicodança e outras atividades que – ainda que também conectadas a um discurso terapêutico – estão voltadas para o corpo dos pacientes e para a relação deste com uma concepção dada sobre saúde neste ambiente.

### **2.5.1. Terapia a partir da fala**

A principal sala onde ocorrem as atividades da clínica-dia comporta com alguma dificuldade, e dependendo da disposição das cadeiras, em torno de 20 e 30 pessoas. Em praticamente todos os grupos que participei os pacientes ficavam dispostos próximos a parede, formando algo como um “U” (ou um círculo), e o profissional responsável ficava, na maioria das vezes, ao centro ou a frente das cadeiras, próximo a um quadro branco no qual em várias ocasiões se escreviam ideias a serem desenvolvidas, palavras-chave ou, ainda, pequenas anotações. Diversos grupos partem da fala dos pacientes para produzir suas reflexões específicas e contam, para isto, com esta organização básica da sala, que de certa

---

<sup>51</sup> Ao longo do texto os termos “atividade” e “grupo” tem a mesma significação.

forma também parece resgatar uma ideia de grupo e de “reunião”, termo que vez ou outra também caracteriza as atividades da clínica.

Sendo a clínica-dia, assim como outras estruturas substitutivas, resultados de um processo de constituição da noção de “saúde mental” e de um campo autorizado a falar sobre “loucura” na modernidade; além de ser um resultado de questões políticas e ideológicas que envolvem uma grande valorização de aspectos discursivos, que dizem respeito a superação do paradigma alienista de tratamento psiquiátrico, existe um importante conteúdo discursivo que faz parte da estrutura terapêutica praticada atualmente no campo da saúde mental.<sup>52</sup> Este conteúdo discursivo está explicitado em distintas atividades na clínica-dia, e em especial, nestas propostas que envolvem “a fala” como um aspecto relevante. Muitos dos membros da equipe decidem semanalmente o tema a ser discutido e, independente do tema a ser levantado, a organização a partir da fala é sempre a forma a partir da qual a atividade será realizada. Isto é, o que é “fixo” no cronograma dos pacientes é a informação sobre qual o terapeuta responsável por um horário qualquer dado e não o conteúdo da atividade. Por exemplo: às segundas-feiras o horário das 14:00 às 15:00 é utilizado pelo psiquiatra Antônio, responsável pelo acompanhamento dos pacientes do grupo TM. Nas ocasiões que participei do grupo, e também de acordo com relatos dos pacientes, o grupo sempre envolvia discussões sobre as dúvidas e dificuldades pessoais de cada sujeito, com respeito a um ponto específico levantado pelo psiquiatra. Houve ainda ocasiões em que o médico realizava discussões a partir de algum texto ou mensagem que seria lida em voz alta para todos. Em outras ocasiões o mesmo médico, no mesmo horário, realizava com os pacientes movimentos do Tai-Chi-Chuan<sup>53</sup> no exterior da clínica.

As “terapias de fala” são as que ocupam maior parte do tempo na clínica-dia e são desenvolvidas por quase todos os terapeutas. Toda a equipe profissional da clínica, com exceção dos profissionais que cuidam da alimentação e da área de serviços gerais, pode aparentemente conduzir oficinas ou grupos com os pacientes. Uma vez que o lugar da psiquiatria no tratamento psiquiátrico passou a ser descentrado com a reforma psiquiátrica, outras categorias profissionais acabam ganhando destaque no tratamento empreendido. No caso específico do psiquiatra, no contexto pesquisado, por exemplo, existe um envolvimento direto – e talvez até mais importante. O exemplo mais emblemático que acontece na clínica-

---

<sup>52</sup> Entende-se “discursivo” aqui basicamente a partir da ideia de mobilização de discursos ou, essencialmente, atividades de conversa, fala, etc.

<sup>53</sup> O tai-chi-chuan não corresponde a uma atividade programada da clínica, mas aconteceu algumas vezes como proposta deste psiquiatra em específico e em ocasiões em que se julgava necessário “sair da rotina” ou então provocar a realização de atividades voltadas ao corpo, o que seria lido como importante para o tratamento.

dia é o de Mirna, técnica de enfermagem, responsável pela administração de medicamentos (como por exemplo a aplicação das injeções de Haldol em Alberto, que somente aceitava Mirna para realizar tais aplicações) e pela administração de questões burocráticas envolvendo a admissão e saída de pacientes, também realizava semanalmente o grupo chamado **Mensagem da Semana**, que é baseado essencialmente na discussão em torno de um tema escolhido por ela própria. Neste grupo Mirna apresenta uma mensagem – que é lida ou executada em aparelho de rádio – para todos os presentes. Ao ouvirem a mensagem os pacientes são convidados a fazer silêncio ou fechar os olhos e tentar imaginar a história, tentar entrar num estado de relaxamento para entender a mensagem. Após ouvir a mensagem Mirna oferece aos que quiserem a possibilidade de comentarem o que quiserem ou darem sua opinião. Após os comentários os pacientes se levantam e, de mãos dadas, entoam a oração do Pai-Nosso, que é sucedido por abraços e desejos de boa semana todos. A mensagem acontece exatamente no início da semana de cada grupo (AD e TM) e, por toda a semana, outros terapeutas também farão referência a esta mensagem como uma forma de fazer com que naquela semana aquele seja o tema. Semanalmente, portanto, a partir deste grupo de “mensagem da semana”, se organizam distintos debates, por distintos terapeutas, a respeito do tema levantado. A mensagem é quase sempre retirada de um conhecido programa de rádio (que também possui CDs gravados e site próprio) que veicula mensagens com fundo espírita com temática envolvendo geralmente a auto-ajuda, questões como a amizade, amor, confiança, segurança entre tantos outros. Num dos dias em que participei do grupo a mensagem era a seguinte:

Passamos a vida em busca da felicidade. Procurando o tesouro escondido. Corremos de um lado para o outro esperando descobrir a chave da felicidade.

Esperamos que tudo que nos preocupa se resolva num passe de mágica. E achamos que a vida seria tão diferente se, pelo menos, fôssemos felizes.

E, assim, uns fogem de casa e outros fogem para casa em busca da felicidade. Uns se casam, outros se divorciam, com o mesmo intuito de felicidade.

Uns desejam viver sozinhos, outros desejam possuir uma grande família a fim de serem felizes.

Uns fazem viagens caríssimas buscando a felicidade. Analisam roteiros, escolhem os melhores hotéis, os pontos turísticos mais invejados para visitar.

Outros trabalham, além do normal, buscando a felicidade. Fazem horas extras, inventam treinamentos e mais treinamentos para encher sempre mais os seus dias com compromissos profissionais.

Uns desejam ser profissionais liberais para comandar a sua própria vida e poder gozar de felicidade.

Outros desejam ser empregados para ter a certeza do salário no final do mês e, assim, serem felizes.

Outros, ainda, desejam trabalhar por comissão, contando garantir que o seu esforço se transforme em melhor remuneração e desfrutem felicidade.

É uma busca infinita. Anos desperdiçados. Nunca a lua está ao alcance da mão. Nunca o fruto está maduro. Nunca o carinho recebido é suficiente.

Sombras, lágrimas. Nunca estamos satisfeitos.

Mas, há uma forma melhor de viver! A partir do momento em que decidimos ser felizes, nossa busca da felicidade chegou ao fim.

É que percebemos que a felicidade não está na riqueza material, na casa nova, no carro novo, naquela carreira, naquela pessoa.

E jamais está à venda. Quando não conseguimos achar satisfação dentro de nós mesmos, é inútil procurar em outra parte.

Sempre que dependemos de fatores externos para ter alegria, estamos fadados à decepção. A felicidade não se encontra nas coisas exteriores.

A felicidade consiste na satisfação com o que temos e com o que não temos. Poucas coisas são necessárias para fazer o homem sábio feliz, ao mesmo tempo em que nenhuma fortuna satisfaz a um inconformado.

As necessidades de cada um de nós são poucas. Enquanto tivermos algo a fazer, alguém para amar, alguma coisa para esperar seremos felizes.

Tenhamos certeza: a única fonte de felicidade está dentro de nós, e deve ser repartida.

Repartir nossas alegrias é como espalhar perfumes sobre os outros: sempre algumas gotas acabam caindo sobre nós mesmos.

Na incerteza do amanhã, aproveite hoje para ser feliz.

Se chover, seja feliz com a chuva que molha os campos, lava as ruas e limpa a atmosfera.

Se fizer sol, aproveite o calor. Se houver flores em seu jardim, aproveite o perfume.

Se tudo estiver seco, aproveite para colocar as mãos na terra, plantar sementes e aguardar a floração.

Se tiver amigos, aproveite para bater um papo, troque ideias e seja feliz com a felicidade deles.

Se não tiver amigos, aproveite para conquistar ao menos um.

Aproveite o dia de hoje para ser feliz. (Autor Desconhecido, S/D).

Estas mensagens se repetiram por inúmeras vezes em distintas atividades. Existe um grande círculo de auto-ajuda que perpassa as experiências de tratamento dos pacientes e este tipo de mensagens, em específico, é bastante valorizado, pelo seu conteúdo, pela suposto “ataque” dos pontos principais que precisam ser discutidos e, também, pela facilidade com que se tem acesso a eles, o que dá a estas mensagens um tom ao mesmo positivo e negativo da busca por melhora: “a ajuda sempre está perto a a gente não vê”. Além de mensagens um grande número de pacientes também participa de outros grupos ou de outras atividades fora da clínica com finalidade de auxiliar em seus tratamentos: Reiki, Massoterapia, espiritismo, terapia holística, florais, entre outros. A participação de outros grupos, fora da clínica, é estimulada por alguns dos terapeutas, pois esta participação poderia possibilitar a realização de um dos grandes propósitos da clínica-dia, que é a ressocialização completa do sujeito. Este “sair” gradativo da clínica em busca de outras atividades, no entanto, não acontece *ad libitum* e nem é desacompanhado do olhar dos profissionais. Em diversos momentos os pacientes são inquiridos sobre como suas relações fora da clínica estão se desenvolvendo, que grupos frequenta, que ambientes está planejando conhecer, que amizades está desenvolvendo, e ainda que não haja uma “crítica” absoluta a lugares que podem ser julgados como “não desejáveis”,

os terapeutas quase sempre investem em técnicas de desautorização destas “más-opções” ou desencorajam a busca. Isto é bastante enfatizado no grupo de Álcool e Drogas, no qual a presença de “más amizades”, tanto por parte de terapeutas como pacientes, é julgada como uma das grandes influências danosas ao processo de tratamento.

Em princípio, nestes grupos, os pacientes seriam levados a refletir sobre alguma questão específica, produzir comentários ou auto-análises, além de ouvir as histórias de outros pacientes<sup>54</sup>, favorecendo a ideia de “convivência” ou de “socialização”. O conteúdo discursivo, no entanto, não está exatamente na ideia de debate. Aliás, se deve compreender com reservas aqui a utilização do termo “debates”, pois não se tratam exatamente de discussões ou de ideias sendo levantadas e consideradas, como pode ocorrer com a ideia corrente de debate. Se tratam, antes de tudo, de grupos que são *organizados* tendo como referência ideológica o fato de que os pacientes precisam falar e, talvez mais que isto, atividades que são efetivamente conduzidas a partir da fala do terapeuta, da “explicação”, do discurso, em seu sentido mais genérico. De acordo com argumentos de Ana Venâncio (1995: 125-126), após um período de reflexões em torno da ideia de “tratamento moral”, encontrado a partir da figura do psiquiatra Philippe Pinel, a psiquiatria tornou-se, na era moderna (séculos XIX e XX), um saber muito mais voltado para uma perspectiva fisicalista do tratamento. As imagens da lobotomia ou da eletroconvulsoterapia (eletrochoque), que tornaram-se famosas no léxico de senso comum sobre a loucura, tiveram seu nascimento neste período. No contexto atual, portanto, existe uma grande modificação com relação a este paradigma. O que é o tratamento na área da saúde mental: ele é composto por estas atividades de fala e pelo empreendimento maciço em torno de um discurso que tematiza a saúde mental no centro de tudo, conectados a ela, os temas da autonomia, da cidadania, do respeito, da ‘pluralidade’, entre tantos outros.

Estes grupos, sem título específico e sem temática pré-estabelecida, são grande maioria na clínica. Pode-se mesmo dizer que qualquer atividade, inicialmente, parte do princípio organizacional do círculo ou semi-círculo e que o terapeuta conduzirá perguntas ou explanações sobre algum tema, que na maioria das vezes não é pré-estabelecido ou encadeado de acordo com alguma questão específica. Cada “atividade” dura em média uma hora e, se pensarmos que cada grupo (AD e TM) fica na clínica em torno de quatro horas diárias, existiriam em torno de três a quatro grupos sendo conduzidos diariamente. Psiquiatras,

---

<sup>54</sup> Não recorro de muitas ocasiões em que os pacientes tenham se negado a falar sobre si próprios. Os que tinham mais dificuldade eventualmente viriam a falar. O padrão estabelecido, neste sentido, é o de que no começo as pessoas tendem a ser mais tímidas e com o tempo se soltam ou “aprendem a conviver”.

psicólogos e enfermeiros possuem, em geral, um horário específico para desenvolver seus trabalhos com os pacientes e, no período em que estive na clínica, os temas de suas falas foram sempre muito variados: percepções de progresso pessoal no tratamento, *brainstorms* em torno de planos e objetivos dos pacientes, discussões sobre filmes, relações sociais dos pacientes, planos para o futuro, projetos, trabalho, família, qualidade de vida (e trabalho), características da saúde mental no momento contemporâneo, otimismo, entusiasmo, harmonia no lar, religião, em suma, uma grande gama de aspectos. Na grande maioria das vezes a estrutura destas atividades é a de, inicialmente, dirigir perguntas aos pacientes, estimular sua comunicação aberta e, em seguida, apresentar dados aos mesmos sobre o que estão falando, apontar falhas em suas argumentações, reforçar comentários julgados de maneira positiva.

Ao mesmo tempo em que era possível que um enfermeiro fizesse uma fala, em determinado dia, a respeito das características de alguma doença, também aconteceram dias em que o mesmo enfermeiro fazia grupo para saber sobre o andamento do tratamento de cada um, sobre o cumprimento das etapas do PTS, entre outros. Mesmo nos grupos em que o objetivo é a discussão em torno de algum tema de conhecimento mais específico do terapeuta, como no caso do enfermeiro que fala sobre alguma doença, também existe um aspecto discursivo importante, pois não são “quaisquer” doenças que foram debatidas no período em que estive na clínica. Sempre pareceu haver uma grande preocupação em torno do problema do ganho de peso, que faz parte da história de muitos dos pacientes que passam a fazer parte da clínica-dia. Na perspectiva dos pacientes, o ganho de peso está relacionado com o uso de medicamento para o controle da “doença”, sobretudo no caso do Transtorno de Humor Bipolar, e na perspectiva de alguns profissionais e mesmo de alguns pacientes a “culpa” pelo ganho de peso está toda relacionado com o descontrole emocional do indivíduo, que oscilando entre episódios de mania e depressão, não consegue controlar a ansiedade advinda da doença. Efetivamente não sei se o ganho de peso está relacionado ou não com os medicamentos, mas é interessante que, em face da dificuldade relatada por muitos pacientes, passou-se a investir na clínica em grupos – feitos pelo profissional da enfermagem – sobre a ansiedade, sobre tireoide, sobre aspectos da medicação, para desenvolver nas pessoas um “conhecimento” formal sobre a doença. Chegou-se, certa vez, a se fazer um caderninho onde cada paciente pesquisaria e escreveria, de A a Z, doenças e algumas de suas características. Nestes grupos não necessariamente havia espaço para fala, havendo um investimento numa “explicação” e menos num debate em torno das características da doença.

Também se realiza na clínica um grupo com características, em princípio, propositadamente híbridas, ligando um momento de fala com um momento de “auto-

conhecimento”. O **Grupo de Sentimentos**, como é conhecido pela maioria dos pacientes, ou o grupo do “auto-perdão”, como a terapeuta responsável o intitulava, se realiza semanalmente e, apesar de ter um título específico na grade horária, também se organiza a partir do princípio da fala. Não tive acesso a este grupo durante a pesquisa mas, de acordo com o que se fala na clínica, o grupo é visto como bom e ao mesmo tempo amedrontador, pois “mexe” com questões bastante arraigadas das pessoas, com as quais inicialmente talvez não se quisesse lidar. O grupo faz parte das atividades por indicação e, portanto, um número reduzido de pacientes faz parte dele, sobretudo se considerarmos que o número de pacientes em nível de “participação” se divide entre vários grupos específicos oferecidos. O grupo se inicia com um momento de exposição de emoções e sentimentos dos pacientes. Alguns pacientes descrevem que o grupo trata primordialmente de “problemas pessoais” e que, neste sentido, não difere tanto de outras atividades. Neste primeiro momento não seriam todos os pacientes que falariam, pois existe o risco – como existe na maioria das atividades de fala – de que algum paciente centralize a discussão ou “monopolize” o espaço, ocupando todo o tempo disponível para a exposição. De toda forma, de acordo com a terapeuta responsável, no grupo de sentimentos o objetivo é que os pacientes reflitam individualmente e internamente sobre os problemas apresentados, na tentativa de provocar uma transformação nos sentimentos e perdoar o que quer que seja julgado errado ou incorreto pelo sujeito em sua trajetória.<sup>55</sup>

O grupo tem como característica principal, conforme explicado pela Coordenadora da Clínica desde a primeira vez em que fui avisado sobre a existência do grupo, a utilização da *psicologia transpessoal* como aporte ideológico. Nesta corrente da psicologia, de acordo com o que se relata na clínica, busca-se a integração de outras correntes teóricas e a integração das distintas esferas do ser humano: espiritual, corporal, social, etc. Esta corrente é seguida por pelo menos dois terapeutas da clínica-dia e, coincidentemente, parece ser a que mais se aproxima da própria concepção de saúde e de tratamento que se advoga no contexto da saúde mental, uma vez que busca aproveitar as manifestações de distintas esferas e integrar o “humano” com as diversas porções que lhe seriam constituintes. No grupo de sentimentos, após o momento de conversa é realizado um momento de relaxamento e meditação, onde através de imagens ou de cores, idealização de energias do universo, o paciente seria conduzido a um processo de relaxamento e de auto-conhecimento. Neste segundo momento, a descrição dos problemas inicial deveria encontrar uma resolução na busca de “integração” do

---

<sup>55</sup> O grupo também teria usado como estratégia o **Ho’oponopono**, técnica havaiana desenvolvida a partir da ideia de perdão e do amor. Ao amar a si próprio, perdoar a si próprio, o sujeito seria capaz de curar enfermidades também em outras pessoas, tendo em vista a interconexão entre todas as coisas. A técnica, no entanto, deve ser utilizada individualmente e o grupo de sentimentos, por um período, teria estimulado sua utilização.



sujeito com outras energias. O produto final da atividade seria a constante busca individual por transformação de questões pessoais.

Há ainda um outro grupo que também é organizado semanalmente e que investe na discussão ou conversa, e que como o grupo de sentimentos, possui um título específico na grade horária. Diferente de outros grupos, investe-se aqui numa separação obrigatória entre membros do sexo masculino e membros do sexo feminino, partindo da ideia de que determinados temas podem ser melhor compreendidos quando compartilhados entre pessoas do mesmo sexo. O **Grupo de Gênero**, como é chamado, é realizado por dois psicólogos da clínica-dia e é frequentado por um grande número de pacientes, em qualquer nível do tratamento. De acordo com um dos psicólogos, o grupo tem como finalidade debater aspectos do “ser homem, ser mulher”, “ser marido, ser esposa”, “ser pai, ser avô, marido”, isto é, carregar certos “papéis” e como isto e sentido. Situações como o fato de não ter ereção em função do medicamento, perda de libido, aumento de peso, entre aspectos deste gênero seriam discutidos no grupo. Além disto, dificuldades de relacionamento entre homens e mulheres, dificuldades conjugais também seriam foco do grupo. O grupo não tem como objetivo apresentar estudos de gênero ou proceder com discussões a este respeito, mas tão somente proporcionar um “lugar de escuta” – nos termos do psicólogo – para as dificuldades que “cada lado” sentiria na vida cotidiana. Eventualmente os dois grupos são reunidos, de homens e mulheres, para provocar uma apresentação mútua das questões que cada grupo sente com relação ao sexo oposto. Na prática, no entanto, ainda que isto seja negado pelo terapeuta com quem conversei, o grupo acaba reiterando padrões de gênero e provocando uma certa ideia de “guerra dos sexos”, trazendo a tona acusações mútuas (como, “porque vocês não lavam as panelas?”) ou apresentando frustrações próprias da trajetória de cada um, que não raro são carregadas (como veremos no capítulo IV) de problemas envolvendo a vida conjugal ou a família.

Esta forma de proceder com o desenvolvimento de cada grupo conduz a não valorização do tipo de atividade ou da relevância que ela, em específico, poderia produzir no tratamento de cada sujeito, mas a uma valorização do terapeuta e das características pessoais que ele ou ela apresentariam. Assim, é bastante comum ouvir entre os pacientes narrativas positivas com relação a determinados membros da equipe que teriam galgado um lugar de respeito ou de admiração pela forma que tratariam as pessoas ou pelas contribuições que teriam trazido para o tratamento de pessoas específicas. Se produz portanto, da parte dos pacientes, uma identificação com terapeutas específicos e não com as atividades

propriamente, ainda que a ênfase da clínica seja muito mais dada aos grupos do que aos indivíduos, pelo menos em seu discurso.

A fala é tomada como um aspecto importante do tratamento empreendido na clínica-dia, sendo a partir da manifestação das vontades e opiniões dos pacientes que se desenvolve a argumentação dos terapeutas e, em muitos casos, todo o andamento do grupo proposto pelo profissional responsável. A fala, embora possa ser tomada pelos terapeutas como um indicativo de que o paciente está buscando se compreender ou compreender o grupo, implica em última instância em uma maneira de se mensurar o quanto alguém adere ou não ao tratamento e, de modo mais taxativo, se este é ou não um paciente dito participativo. Participar das atividades, neste sentido, é um componente importante do processo terapêutico, na medida em que implica em “fala” e, por sua vez, em “adesão”. De acordo com Ana Venâncio (1995), a psiquiatria está vinculada desde sua formação como saber, entre os séculos XVIII e XIX, com o desenvolvimento da noção de pessoa (indivíduo) da sociedade ocidental. A reforma psiquiátrica, ainda que opositora ao padrão alienista da psiquiatria, incorpora de maneira muito forte estas noções de pessoa, fazendo com que problemáticas caras para a formação da “pessoa moderna”, como a autonomia e a individualidade, não somente atravessem sua constituição epistemológica mas seus investimentos terapêuticos. Na clínica-dia, esta hipersignificação em torno da fala e da necessidade de exposição de pontos e de discussão em torno deles, indica para a noção de indivíduo. A participação, entre outros aspectos, faz parte destes elementos, assim como a autonomia, o autocuidado, a auto-suficiência, entre tantas outras expectativas que a terapêutica da clínica elege como importantes. Um sujeito não participativo, por exemplo, corre um severo risco de ser entendido como apático ou como “não membro” da clínica-dia, o que pode prejudicar severamente a trajetória dele dentro da clínica. Com efeito, os pacientes que tendem a ser vistos como “de sucesso” ou como terem alcançado um processo de melhora são aqueles que coincidentemente mais participam das conversas, mais expõe suas opiniões, entre outros. Neste sentido, as atividades que envolvem a fala e a conversa como elementos importantes, não produzem apenas explicações importantes sobre o modo de operar da clínica, mas um modo de selecionar os sujeitos e de medir o grau de inserção de cada um.

### **2.5.2. Corpo e Saúde Mental.**

As atividades que se endereçam ao corpo são diferentes daquelas que se dão a partir da fala em diversos aspectos. Não se busca a princípio que os pacientes falem pontualmente sobre seus sentimentos ou problemas, mas que as atividades os abordem indiretamente, tendo

em vista também o potencial da atividade para possibilitar uma compreensão da situação pessoal de cada sujeito. Mais que isto, nas atividades que buscam um contato com o corpo, parece residir mais propriamente a ideia de “pluralidade” advogada no campo da saúde mental. Não obstante, ambas são voltadas para o mesmo tipo de objetivo, que é a ideia de que o tratamento deve contemplar distintas esferas do humano. Ao passo que naquelas atividades se busca – por um lado – repassar um conhecimento técnico, um *modus operandi* da psiquiatria e da psicologia com relação a saúde mental, aqui se busca operacionalizar a ideia de que o tratamento se vincula a distintas “esferas do humano”, como por exemplo ao corpo. Neste sentido são várias as atividades que não tem como núcleo principal uma atividade discursiva: psicodrama, argila, Reiki, educação física e terapia ocupacional.

Os grupos de **Educação Física** são o tipo de atividade que mais diretamente parecem capitanear a ideia de que “cuidar do corpo” também faz parte da saúde mental. Nesta atividade os pacientes realizam alongamentos, pequenas corridas dentro da clínica, atividades lúdicas, entre outras práticas corporais. Não se veicula diretamente nenhum tipo de discurso mais específico com relação ao tratamento durante os grupos, mas em distintos momentos é possível ouvir dos pacientes ou mesmo da pessoa responsável pelo grupo, que o cuidado do corpo é importante. A utilidade da educação física nunca foi questionada pelas pessoas com quem conversava na clínica, diferentemente de outras atividades, como por exemplo grupos de motivação ou de sentimentos, que frequentemente eram alvo de comentários maldosos por parte de alguns pacientes. Diferentemente de outras atividades, a educação física encontraria um fim em si mesma, na medida em que seria objeto de legitimação a partir de distintas inserções dos pacientes.

Quando realizado com os pacientes de AD o grupo parecia instigar em alguns pacientes a lembrança ou o reforço de algum período de suas trajetórias em que supostamente teriam tido bom desempenho neste tipo de atividades. Como é neste segmento da clínica que se concentram as pessoas de menor faixa etária (entre 20 e 40 anos, em sua maioria) e de sujeitos em maior contato com uma esfera mais ampla de sociabilidade (festas, namorados/as, universidade, churrascos, viagens,...) a educação física parecia mais diretamente afetar a percepção do corpo como realidade sexualizada e como objeto de desejo e apreço estético. Neste sentido, além de reforçar um aspecto da identidade de muitos sujeitos, neste grupo o uso da mensagem do cuidado do corpo se vincularia muito rapidamente com expectativas mais gerais presentes na própria trajetória dos sujeitos. Em pacientes usuários de álcool a dificuldade na realização de atividades viria a ser considerada mais evidente pelo profissional responsável, pois a bebida causaria uma perda de aptidões físicas, como a destreza, noção de

espaço, entre outros, que acabaria prejudicando o sujeito. Além disto, muitos dos usuários de álcool também somariam em suas trajetórias quase nenhuma realização de atividades físicas por longos períodos, o que diminuiria também o alongamento. Os avanços nos casos de pacientes que possuíam pouca habilidade ao começar as atividades eram sempre comemorados como um avanço no tratamento ou como sinais de melhora generalizada no quadro do paciente. Isto é, se o paciente vivenciava um período de abstinência da droga e demonstrava um retorno à realização de atividades consideradas básicas ou essenciais, então isto implicava numa melhora.

Em pacientes do grupo TM, a educação física também traria consigo este processo de reafirmação de identidades. Diversos pacientes lembram quase que imediatamente de momentos em que teriam tido facilidade com atividades corporais, sobretudo no caso dos homens e do futebol. Alguns pacientes, ainda, militares, ex-militares, ex-policiais, exibiriam com alegria sua destreza ou, também, lembrariam aos demais o quanto tais atividades eram mais difíceis em seus tempos ou o, de fato, o quanto tais atividades eram úteis. Ao passo que no grupo de AD era mais fácil encontrar sujeitos com algum contato com este tipo de atividades em suas vidas, no grupo de TM poucas pessoas mantinham um vínculo ou uma preocupação efetiva com a ideia de “cuidado do corpo”, fazendo com que o contato com a clínica mobilizasse a ideia de uma preocupação efetiva com situações individuais. Absolutamente legitimada pelo público da clínica, a educação física seria buscada tanto no sentido de uma melhora da performance individual perante trabalhos cotidianos quanto na direção de uma “variação” dos próprios grupos terapêuticos.

Na medida em que o corpo representa, na perspectiva dos profissionais, uma das principais esferas onde o “descuido” pessoal se manifestaria, a educação física, assim como diversas outras atividades destinadas ao corpo, teriam como objetivo implícito a devolução de uma noção de estética pessoal ou de auto-cuidado. Conhecedores desta dinâmica, muitos pacientes sabem que ao explicitarem corporalmente sinais de melhora (uso de maquiagens, corte de cabelo, troca de roupas, asseio pessoal, entre outros) possivelmente se tornam elegíveis para um processo de alta na clínica. Neste sentido ou eventualmente investiriam numa tentativa de desautorizar esta possibilidade, manifestando explícito descuido do corpo, ou então falseariam situações de cuidado, embora a primeira manifestação fosse mais frequente. Esta estética do sofrimento psíquico não é somente “dominada” pelos sujeitos da clínica, mas reiterada pela ênfase na ideia de cuidado do corpo que o tratamento emprega. Em muitos casos aos olhos dos profissionais embora corporalmente a manifestação corporal exista ela não implica em sintomas reais de problemas psíquicos, situação na qual se opera com a

ideia de falsidade ou de honestidade do sujeito que “falsifica” reações para entrar na clínica-dia ou deixar de fazer parte dela.

Nos mesmos moldes da Educação Física, as oficinas de **Argila** e de **Terapia Ocupacional** não instrumentalizam diretamente uma compreensão da saúde mental em suas práticas. Na oficina de argila lida-se artesanalmente com a ideia de projeto. Os pacientes recebem argila e instruções do oficinairo sobre como manipular este tipo de material e este tipo de ferramentas e recebem a liberdade de pensar em pequenos projetos de artefatos que queiram manufaturar. Após esta manufatura o objeto é posto para secagem e, em seguida, para ser queimado. Na terapia ocupacional, distintas atividades aconteceram durante o período em que estive na clínica: confecção de toalhas, pintura de tecidos e caixas, noções de pintura em vidros, desenho, entre outros. A sala da TO, como é conhecida, abriga uma grande quantidade de materiais para artesanato: folhas, pincéis, cartolinas, tintas, revistas, tesouras, entre várias outras coisas. Estas foram duas atividades intermitentes ao longo do período em que participei da vida na clínica, em função de troca de funcionários ou da participação dos pacientes. Nestas atividades, também como na educação física, busca-se o desenvolvimento ou aprimoramento de aptidões pessoais que eventualmente estivessem esquecidas ou que, a priori, são consideradas importantes a pessoa. Acontece nestas atividades um fenômeno que não é comum nas demais: uma identificação muito grande dos pacientes com a atividade em si e uma consequente criação de grupos específicos frequentando estas atividades. Visitando a clínica mais tarde era possível encontrar quase sempre os mesmos frequentadores nas atividades de argila e de TO, aqueles que criaram “paixão”, como dizem, pelo tipo de atividades desenvolvidas em cada grupo.

A terapia ocupacional teria sido “re-descoberta” a partir dos primeiros momentos de reforma psiquiátrica institucional (Cf. Amarante, 2007) e ela cumpre, como se pode ver uma importante tarefa junto a clínica-dia. Ela é, não obstante, muito importante em outras modalidades de tratamento conforme já apontado por Venâncio (1998) e Monnerat (2011) ao racionalizar um discurso próprio da noção de pessoa ocidental, qual seja a ideia de espontaneidade e de expressão artística. Em texto sobre a relação entre arte e saúde mental, o médico Milton Carlos Mariotti (2007), afirma que “a arte, contanto que não convencional, pela auto-expressão dela resultante, é o *ovo de Colombo*<sup>56</sup> que leva à melhor espontaneidade da personalidade” (p. 209). Assim é que, na clínica-dia, ainda que a terapia ocupacional não se revista de um discurso específico sobre o que é arte convencional ou não, as pessoas são

---

<sup>56</sup> Provérbio utilizado para referenciar a descoberta de coisas difíceis mas que, quando descobertas parecem óbvias.

colocadas em contato com uma infinidade de materiais, tais como como lápis de cor, tintas, pincéis, cartolinas, tesouras, pincéis atômicos, além de atividades de dobradura, pintura, colagem, entre tantos outros. No último mês de pesquisa, quando estive integralmente na clínica-dia, os pacientes se organizaram e “ensinaram” uns aos outros algumas das habilidades que possuíam: técnicas de pintura (em caixas de madeira, vidros, toalhas) *Patch Work*<sup>57</sup>, costura, entre várias outras. Os pacientes que eventualmente não manifestam habilidade ou interesse com o desenvolvimento destas atividades são encorajados pelos outros pacientes ou terapeutas a se manifestarem, “se soltarem” e aqueles que mantêm alguma destas práticas são geralmente considerados muito habilidosos e como propensos a melhora, por supostamente manterem um lugar onde “extravasariam o estresse” ou onde se resguardariam faculdades cognitivas.

Um aspecto importante destas duas atividades é a organização de uma vida material dentro da clínica que várias vezes implicou na criação de mostras ou pequenas feiras, em algumas ocasiões festivas, onde os pacientes pudessem observar ou comprar produções uns dos outros. Como muitos destes produtos são levados para casa eles acabam “materializando” os pertencimentos do paciente dentro da clínica ou sua adesão ao tratamento. Esta materialidade, não raro, é desenvolvida na ideia de que atividades como estas – essencialmente artísticas e, portanto, apreendidas na criatividade e na inventividade pessoal – desenvolvem e aprimoram um contato com o que há de “abstrato” na vida e, conseqüentemente, são captadas pela própria abstração que é a “loucura”. Como na educação física, um bom desenvolvimento destas atividades, pode implicar na compreensão de que se está alcançando melhora mas aqui encontra-se uma mensagem diferente implícita em todos os movimentos, o de que a subjetividade ou a intimidade do paciente está sendo ‘depositada’ num lugar adequado, qual seja o da arte, do artesanato, do abstrato.

A educação física anuncia a relevância do corpo para o tratamento em saúde mental, exatamente na medida em que reitera uma problemática própria da noção de pessoa com a qual se opera naquele ambiente, isto é, de que se busca o máximo possível uma auto-suficiência, uma auto-realização, um auto-cuidado. Com relação as outras atividades que falam do corpo, no entanto, ela é a única que mais diretamente não debate um conteúdo psicológico da atividade, ou pretende vincular a partir de um discurso específico, saúde mental e corpo. Embora esta relação esteja dada na própria inserção da atividade no rol de atividades que visam a saúde mental, a legitimação da educação física se dá por um contexto

---

<sup>57</sup> Trabalho manual onde se combinam técnicas de bordado e colagem. O trabalho final pode tomar diversas formas, de acordo com o material escolhido pelo artesão.

mais amplo, pela própria valorização do corpo em nossa sociedade. Em outras atividades, no entanto, esta associação é muito mais explícita e busca-se, a partir do contato com o corpo um contato que não implica somente em melhora da saúde mental, mas uma melhora do espírito e das energias da pessoa.

O **Reiki** é uma destas atividades. Na clínica ele é realizado por membros de uma associação da cidade e duas vezes por semana (terça e quinta-feira) duas voluntárias – em geral mulheres – visitam a clínica e ficam de plantão numa das salas da enfermagem, que abriga duas macas e duas pequenas mesas com cadeiras. Ao longo do período em que estão na clínica os interessados em fazer o reiki devem deixar o nome em uma folha afixada na porta de entrada na sala e aguardar sua vez de acordo com a lista das pessoas que aguardam para receberem o reiki. Não existe uma sugestão efetiva por parte da equipe no sentido de incentivar a realização do reiki e, mesmo assim, eram raros os momentos em que as voluntárias ficavam sem alguém para atender em sua sala. Somente em uma ocasião – e, ainda assim, por pouco tempo – a atividade teve poucos adeptos e ela ocorreu quando as voluntárias foram trocadas e houve uma não aceitação inicial do perfil das novas reikianas. Fora este episódio, a aplicação de reiki sempre foi muito buscada pelos pacientes, mesmo aqueles que eventualmente possuíssem crenças que a priori preterissem explicações espiritualistas sobre fenômenos de saúde e doença.

A aplicação do reiki tem duração variável. Pelo que se compreende no ambiente da clínica, é possível aplicar por um período curto – dez a quinze minutos – quando a pessoa interessada encontra-se com pouco tempo disponível ou deseja uma aplicação voltada para alguma parte específica do corpo. Também é possível, no entanto, e acontece com mais frequência na clínica, que a aplicação dure entre meia hora e quarenta minutos, ou mais, passando por todas as etapas necessárias. Esta variação depende da disponibilidade do interessado mas, também, do perfil do reikiano responsável. Ao entrar no espaço da sala do reiki o sujeito é convidado a dar seu nome – para ser anotado em uma lista de pessoas atendidas pelas voluntárias – e, em seguida, a se deitar na maca e aguardar alguns instantes enquanto busca relaxar e buscar visualizar imagens que inspirem o relaxamento. Logo após estes minutos iniciais a pessoa responsável pela aplicação inicia um contato de suas mãos com determinadas partes do corpo da pessoa que está recebendo, ficando em cada uma das partes do corpo por alguns minutos. Começa-se pela cabeça (parte frontal) e em seguida, sucessivamente, se passa pelos ouvidos, ombros, peito e abdômen, joelhos, até chegar ao tornozelo. Antes do início do reiki o paciente deve ficar com as mãos repousadas ao lado do corpo, mas ao passar pelo ponto específico do peito, as mãos são gentilmente trazidas pelo

aplicador para cima do corpo, em posição de relaxamento, sem cruzamento de dedos, ali passa-se aparentemente mais tempo, pois a aplicação é tanto no peito quanto na direção das mãos e abdômen. Ao chegar no tornozelo se inicia o processo reverso, desta vez um pouco mais rápido, até chegar à cabeça novamente. O sujeito é recomendado a sempre buscar relaxamento ao longo do processo e, em algumas vezes em que participei, também houve associação de imagens específicas (como paisagens da infância ou lugares considerados bonitos) e de cores, buscando imaginar a recepção de energias ou de integração do corpo com boas energias. Durante o processo não existe fala de nenhuma das partes sendo a música de um rádio (em geral músicas de estilo *New Age*, mantras, instrumentais, sem voz cantada) e barulhos de árvores laterais os únicos sons audíveis. Como a sala fica fechada e, em geral, impossibilitando acesso de terceiros ao momento pessoal do reiki, os barulhos da clínica ou de outras pessoas são muito minorados, o que enfatiza a ideia de um momento específico do sujeito consigo mesmo. O princípio do reiki, de acordo com o que relata uma de suas aplicadoras, é possibilitar uma canalização de energias para o indivíduo que no momento as recebe, através das mãos do reikiano. Estas energias servem para recompensar, reintegrar, equilibrar as energias do próprio corpo do sujeito, que as perdeu ou desequilibrou pelas próprias dinâmicas da vida pessoal, por alimentar maus sentimentos, culpas, medos, entre outros.

Existe, por fim, o grupo chamado de **Psicodrama**. A atividade lida diretamente com temas da afetividade e dos sentimentos das pessoas, mas a partir de uma lógica teatral, mediante vivência corporal de situações do cotidiano. A atividade é considerada muito importante pelo público da clínica-dia e é sempre aguardada com ansiedade, pois sempre mexeria muito com questões consideradas importantes da vida dos sujeitos. Outros a considerariam “difícil” na medida em que empreenderia uma exposição da intimidade das pessoas ou as colocaria em cheque mediante um público muito grande. A atividade é coordenada por uma psicóloga com vasta experiência no psicodrama e seu papel durante a atividade é conduzir o menos possível as ações dos pacientes, que devem operar com espontaneidade, inserindo sua atuação dramática de acordo com sua própria leitura da situação encenada. Como não existe um movimento de “imposição” das ações dos sujeitos, de acordo com o terapeuta responsável, é necessário que hajam “egos-auxiliares” que partilham com o responsável principal da atividade a posição de mediação e de guia das atividades do grupo. No psicodrama os temas das dramatizações são sempre trazidos da própria experiência dos participantes (ou de um dos participantes) que tem a situação “x” encenada por todos os demais membros do grupo (que tem interesse) e que assumem papéis diferentes do seu



próprio (um pai, uma mãe, etc). A partir da dramatização processa-se uma discussão em grupo sobre os temas abordados e sobre os sentimentos que a dramatização ou a visualização da cena suscitou.

Pude participar desta atividade somente perto do final da pesquisa de campo quando a clínica promoveu uma semana cultural e muitos dos grupos foram “mesclados” ou abertos para públicos maiores. Na ocasião em que participei do grupo, a atividade foi chamada de “Teatro Espontâneo”, que é considerada como muito próxima da atividade psicodramática, e aconteceu contando com a participação de um dos médicos psiquiatras da clínica. A atividade tem três momentos principais e tem duração maior do que as demais atividades feitas no local. O grupo começa com a proposição de uma caminhada pela sala. Os presentes são convidados a caminhar e “se soltar”. Ora pede-se para que as pessoas andem na ponta do pé, ora pelo calcanhar, em seguida, pede-se para que se bata o pé no chão e, logo após, andar em posição de “cócoras”. Estas atividades são descritas mais tarde pela psicodramista como buscando firmeza, para “firmar no chão” as pessoas e suas ações. Logo após este momento de “relaxamento” inicial, espalham-se várias meias pelo chão e a terapeuta convida os presentes para que escolham uma meia que deve ficar presa na parte de trás, apoiada nas calças de todos, simbolizando um rabo. O objetivo da atividade é tentar “tomar o rabo do outro”, mas não de um modo automático, com correrias, e sim tentando inicialmente conversar com a pessoa de quem se quer roubar o rabo. O roubo é feito inicialmente por todos os participantes da atividade e, logo após, com grupos de quatro.

Na segunda parte do grupo a proposta é de que, no tatame instalado na parte central da sala, as pessoas possam fazer “qualquer coisa” que lhes desse vontade, iniciando mais propriamente aqui a etapa do teatro espontâneo. O teatro consistiria na dramatização de uma história escolhida pela maioria dos presentes, onde cada pessoa poderia participar fosse como um personagem centra ou como uma pedra, ou vaso de flores. Somente uma regra deveria ser seguida pelos presentes: antes de entrar no “palco” a pessoa precisaria pedir “autorização” e comunicar o papel que desempenharia para uma pessoa específica e entrar em cena somente pelo lugar onde esta pessoa estaria (um dos cantos do tatame, neste caso). Começa-se solicitando aos pacientes para que escolham histórias nas várias revistas e jornais que estavam espalhados pelo chão. Após escolherem suas histórias a responsável pela atividade realiza uma votação com algumas das principais sugestões, em geral três. As três melhores ideias deveriam ficar na frente do tatame e os que quisessem votar na sugestão do sujeito postado no tatame deveria se dirigir imediatamente atrás dele, formando assim uma fila daqueles que se teriam identificado com a história sugerida. O número de pessoas em cada fila indicaria o

vencedor. No dia em que participei foram encenadas três histórias, uma das quais por minha sugestão: uma delas tratava sobre uma situação envolvendo um velho, um jovem e um burro, retirada de um livro de auto-ajuda que se encontrava no local<sup>58</sup>. A segunda história era uma notícia de jornal que falava sobre vendas em uma concessionária de veículos e, por fim, a terceira, sugerida por mim, era sobre um concerto de reencontro de músicos da orquestra de uma conhecida instituição da região.

Além de fazer provocações e mediações durante todas as atividades a terapeuta também atuou como aquele sujeito que deveria autorizar ou não a entrada em cena. Mais tarde a psicodramista me informa que um grande número de pacientes, sobretudo do grupo de TM, tem bastante dificuldade em “se soltar”, em atuaram de modo espontâneo, o que justificaria por um lado a necessidade de alguns “egos-auxiliares” para instigar a atividade eventualmente e de sujeitos (como alguns pacientes) que já fossem familiares com o psicodrama ou que tivessem facilidade com a atividade para ajudar os demais pacientes. Esta ajuda, no entanto, que também foi solicitada a mim neste dia, deve acontecer sem a pretensão de que as pessoas estão sendo ajudadas e sim que todas as pessoas cumprem espontaneamente seus papéis, inclusive o de ajudar ou instigar uns aos outros. Neste sentido a atividade acaba se propondo, de certa maneira, a mimetizar algumas relações sociais que são consideradas saudáveis e que se encontram também em outras atividades da clínica, como por exemplo na ideia de autonomia ou de esforço pessoal. Isto fica evidenciado, por exemplo, no papel da pessoa que autoriza a entrada em cena: na prática não houve (nem deveria haver, segundo a terapeuta) uma ação de “barrar” aqueles que quisessem entrar, mas os pacientes deveriam se colocar no risco de serem recusados e, assim, confrontá-las com a necessidade de ficar face a face com a própria “solicitação” para uma autoridade. Também se percebe esta prática na necessidade de esforço para entrar em cena que está subentendida no “participar da atividade”, isto é, buscar “fazer parte”, pois nisto consistia boa parte da atividade, isto é, testar os limites das pessoas,

---

<sup>58</sup> Apesar do grande número de variações a fábula pode ser sintetizada na seguinte estrutura, encontrada na internet ([http://www.couthopoesiasesonho.com/o\\_velho\\_o\\_menino\\_e\\_o\\_burro.htm](http://www.couthopoesiasesonho.com/o_velho_o_menino_e_o_burro.htm)): *Era uma vez um casal que tinha um filho de dez anos e um burro. Decidiram viajar, trabalhar e conhecer o mundo. Assim, foram os três com seu burro. Ao passar por um povoado, Todos comentaram: “Veja que menino mal educado; em cima do burro e os pobres pais, puxando as rédeas.” Então, a mulher disse a seu marido: Vamos permitir que essa gente fale mal do menino? E o marido resolveu. Tirou o menino e subiu ele no lombo do burro. E no segundo povoado, Todos murmuravam: “Veja que tipo sem vergonha; Vai bem cômodo em cima do burro enquanto a mulher e o filho vão puxando as rédeas”. Então, tomaram a decisão de colocar a mulher no lombo do burro, enquanto pai e filho puxavam as rédeas. Ao passar pelo terceiro povoado, todos comentavam: “Pobre homem. Depois de trabalhar o dia todo, ainda tem que levar a mulher sobre o burro! E, pobre filho que espera dessa mãe!” Entraram então em um acordo e decidiram subir os três no lombo do burro para começar novamente sua peregrinação. Ao chegarem no povoado seguinte, todos comentavam: “São mesmo umas bestas, será que não vêm que podem quebrar a coluna do pobre animal!” Por último, decidiram descer os três e caminharem junto ao burro. Porém ao passarem pelo povoado seguinte, ouviram todos sorridentes dizerem: “Vejam só estes três idiotas: caminham, quando têm um burro que poderia leva-los”.*

confrontá-las com a necessidade de tomar posições, manifestarem-se. Ao final da atividade, durante a discussão sobre os sentimentos provocados durante o grupo, uma fala do psiquiatra que acompanhava o grupo indica um pouco da preocupação com relação aos objetivos ali levantados: “Alguém sentiu vontade de fazer algo e deixou de fazê-lo por *medo*?”. Existe, neste sentido, uma finalidade terapêutica supostamente auto-evidenciada no grupo: por um lado fazer com que as pessoas se acostumem com a ideia de “se exporem” ou de se “animarem” com a proposição do teatro e, por outro, uma leitura rapidamente feita pelos pacientes, sobre a qual se brincou por algum tempo: “cada um deve cuidar do seu rabo”, no caso da primeira parte da atividade.

Como acontece com outras atividades, a participação ativa no grupo de psicodrama pode render ao paciente o rótulo de “paciente que adere” ao tratamento ou que se mostra interessado. Neste caso em específico, como já foi apontado por Venâncio (1990) o tema principal está na ideia de “espontaneidade”. Quanto mais espontâneos forem os sujeitos, suas ações, suas inserções nas dramatizações, maior será o retorno em forma de aceitação por parte da equipe de profissionais. De acordo com a autora a atividade “visa atentar para o ‘eterno estado de originalidade’ do paciente – sua espontaneidade – e para a adequação deste estado nas relações nas quais este se expressa” (1990:179). Esta “característica”, a espontaneidade, é assim considerada como algo que existe nas pessoas e que precisa ser trabalhada, ou exposta, nesta caso da clínica como uma condição de melhora e como condição de, como disse anteriormente, provocar uma adequação do papel vivenciado. O objetivo do psicodrama, neste sentido, como bem apontou a autora seria fazer o paciente expressar os sentimentos que surgem na relações “inter-grupais” e extravasar uma espontaneidade já existente nas pessoas (Venâncio, 180).

### 3.5.1 Religiosidade e Auto-ajuda

Existem, por fim, dois grupos de atividades realizados na clínica-dia que, ainda que não contem em si mesmas com um grande número de adeptos, representam um importante aspecto da instituição que é a mobilização de explicações espiritualistas ao lado de outras investidas terapêuticas. Uma das atividades é chamada de **Grupo de Motivação** e era realizada semanalmente por um voluntário que tinha como objetivo trabalhar com o tema da motivação dos frequentadores da clínica ou, mais importante, sua capacidade de “auto

motivar-se”<sup>59</sup>, uma vez que este se mostraria um dos problemas que afetava grande parte dos pacientes na perspectiva deste terapeuta. Uma prática comum do Grupo de Motivação, e nas demais atividades que qualifico dentro deste grupo de religiosidade, era a leitura de mensagens de auto-ajuda<sup>60</sup> que, em geral, como afirmei anteriormente, eram retiradas de um site espírita. Elas cumpriam aqui um papel semelhante ao desenvolvido nos “grupos de fala” mas aqui não se produzia tanto a dimensão da exposição pessoal, mas um refinamento do conteúdo moralizante destas mensagens, que sempre endereçavam uma crítica direta ao modo como cada indivíduo parecia conduzir suas próprias vidas e, mais importante, um conteúdo religioso e, em geral, orientado por perspectivas espiritualistas de encará-lo. Neste grupo, os profissionais responsáveis são voluntários e manifestam um interesse ao mesmo tempo caritativo e assistencialista no exercício de suas atividades, fazendo que não haja aqui uma discussão – como acontece em outros grupos – sobre reforma psiquiátrica ou aspectos psicossociais da saúde mental. Todos os conceitos, por assim dizer, que são repassados nestes grupos são frutos ou de experiência pessoal do voluntário – histórias de vida, leituras feitas, opiniões, pontos de vista, etc. – ou de, neste caso, pertencimentos religiosos. Em ambos os grupos que descreverei a dinâmica de realização é a de exposição de mensagens e imagens, seguidas de comentários feitos pelo voluntário responsável. Não existe muito empreendimento na discussão em torno das opiniões específicas das pessoas sobre o assunto, o que dá aos grupos uma imagem de “palestra”, como eventualmente são chamados pelos pacientes.

Numa das ocasiões em que participei do grupo de motivação o objetivo do voluntário era discutir a distinção entre intuição, intenção, inspiração e suas diferentes representações na vida das pessoas. Para promover a distinção entre os termos ele apresentou, neste dia, um vídeo com uma palestra sobre os termos que eram tomados, a partir da fala da palestrante do vídeo, como fenômenos bastante diferentes na vida das pessoas e para os quais se precisaria prestar atenção com o fim de alcançar um desenvolvimento humano adequado. Ainda que isto não fosse considerado relevante pelo responsável pela atividade, que afirmou tratar-se o vídeo de uma palestra realizada por pessoas religiosas e de bem, a fala fora concedida no que parecia ser um ambiente espírita e assumia as características das palestras sobre doutrina espírita que geralmente caracterizam os encontros em centros espíritas: mesa de toalha branca; com sujeitos também trajando branco em posição de concentração; imagens de Allan

---

<sup>59</sup> A “motivação” é usualmente considerada como algo que precisa “brotar” do próprio sujeito, isto é, a motivação tem que partir das próprias pessoas.

<sup>60</sup> Para uma noção apurada do tipo de mensagens de auto-ajuda presentes na clínica, visualizar Anexos.

Kardec e Jesus. Ainda que a informação não fosse compartilhada pelo terapeuta, mais tarde vim a saber que os conteúdos abordados naquela atividade eram sempre conduzidos a partir de uma perspectiva espírita kardecista, mas sem vincular explicitamente esta forma de religiosidade às práticas do grupo de motivação, que tinha como objetivo veicular imagens, vídeos e mensagens que pudessem suscitar a motivação nos pacientes.

A fala sobre intuição, intenção e inspiração é crucial para se compreender o objetivo deste grupo e como ele se relaciona com os demais grupos no sentido de uma justificação mútua da ideia de que o corpo, a fala e o espírito são constituintes do ser humano. Isto se dá pois é possível observar que, ainda que cada grupo aborde aspectos diferenciais, todos eles abordam indistintamente a problemática do desenvolvimento pessoal visando melhores relações com o mundo. Na perspectiva espírita a intuição seria um produto de memórias carregadas de vidas passadas para a mente atual de cada sujeito, ela seria verdadeira e teria um objetivo benéfico, funcionando como um sinal para guiar práticas da pessoa. A inspiração, neste mesmo caminho, seriam mensagens insufladas a partir de espíritos bons ou não, que sugeririam ideias, práticas, pensamentos. A realização ou não destas mensagens ou sensações intuídas, no entanto, dependeria somente do sujeito que usando de seu livre-arbítrio poderia optar ou não por praticar, por um lado, novamente atos que em outras vidas o sujeito possa ter tido mas que o corpo atual não teria carregado integralmente e, por outro, atos que seriam sugeridos mas que não seriam benéficos para o sujeito. O pensamento pessoal tem importância crucial neste processo, pois a mensagem intuída e/ ou insuflada por outras instâncias assume forma de uma sensação e cabe ao sujeito administrar a presença de bons pensamentos, o que atrairia para a vida da pessoa intuições e práticas também positivas<sup>61</sup>. A intenção está diretamente conectada com esta dinâmica dos pensamentos pessoais, pois seria a partir da intenção que toda a vontade interior, a motivação pessoal se manifestaria, buscando organizar e atrair coisas boas para a vida de cada um. Foi nestes aspectos que a fala do terapeuta se concentrou, mostrando outros vídeos de crianças prodígio ou de grandes realizações humanas, apontando para o quão benéficos os pensamentos podem ser quando alimentados por boas práticas individuais.

O segundo grupo é mais claramente vinculado ao espiritismo, sendo reconhecido como grupo de **Espiritismo** pelos pacientes e como **fala do voluntário espírita**, pela equipe. Também aqui existe a mobilização forte de mensagens de auto ajuda, mas é na doutrina espírita que se concentram as discussões da voluntária que, nas ocasiões em que participei do

---

<sup>61</sup> O conteúdo desta explicação se encontra disponível no vídeo de cujos trechos o palestrante retirou suas explicações. Ele se encontra disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=dJi37B6jID8>.

grupo, veiculava por entre os momentos de leitura das mensagens explicações sobre o que era o espírito e o que isto significava; como a felicidade e outras sensações poderiam estar relacionadas com a presença de bons ou maus espíritos e etc. Numa das ocasiões em que participei do grupo outra alternativa utilizada pela terapeuta foi a proposição de um grupo de **relaxamento e meditação**, como nomeou um grupo de movimentos que pretendia conduzir a uma recepção de energias positivas paralelas a um momento de auto-reflexão do sujeito. Aqui, também fica muito evidente o acionamento da ideia de auto-ajuda, ou da motivação, mas é mais forte a mobilização de explicações espíritas ou a explicação a partir de categorias propriamente kardecistas. Conforme apontou Stoll (2002) existe no contexto espírita brasileiro, em especial após a entrada de Luiz e Zíbia Gasparetto no cenário editorial, uma incorporação da cosmologia dos movimentos *New Age* na produção espírita, reinterpretando a tradição cristã e espírita à luz de um discurso de auto-ajuda (p.388). Esta reinterpretação, aponta Stoll (2002), teria incluído no caso da experiência de Luiz Gasparetto a utilização de diversos discursos terapêuticos tais como “o uso da música, da expressão corporal, de técnicas de relaxamento e do psicodrama, bem como da representação teatral” (p. 390). O contexto de realização das atividades que remetem a alguma discussão religiosa na clínica-dia se beneficia diretamente deste tipo de associação entre a auto-ajuda e a espiritualidade, pois se constrói um tipo de discurso onde a terapêutica é ao mesmo tempo tomada como propriamente psiquiátrica mas não exclusivamente medicamentosa, realizando um tipo de síntese que é tida como importante para a grande maioria do público desta clínica.

Através de práticas como a meditação, o relaxamento, a própria Yoga, o Tai-Chi, Reiki, que são atividades que mesclam distintos campos de interpretação, se torna possível uma compreensão do fenômeno religioso como proposição simultaneamente terapêutica e de **desenvolvimento pessoal** – compreendido como a trajetória individual de cada pessoa, envolvendo aspectos corporais, espirituais e sociais. Falando especialmente do caso do Tai-chi e da Yoga, Lau (2000), afirma que através destas atividades “individuals are equipped – and almost obliged – to address issues of the self, modernity, and globalization through personal practice” (p. 95). Como em outras atividades, tais como a aromaterapia e alimentação macrobiótica, que também apareceram em alguns momentos nos discursos dos pacientes da clínica, a autora também afirma que este pacote – envolvendo o pessoal e o político – vem dentro da própria dinâmica da modernidade e do individualismo (Idem). Acionar este tipo de modalidades terapêuticas, portanto, não diz necessariamente de uma forma de falar exclusivamente do espiritismo – a despeito deste pertencimento – mas da atualização de uma forma de religiosidade tipicamente contemporânea e de uma maneira de

“manter-se” parte da própria noção de pessoa que acompanha este tipo de desenvolvimentos identitários.

\* \* \*

Neste capítulo busquei realizar uma reflexão sobre aspectos da organização da clínica-dia e de suas dinâmicas internas de funcionamento. Todas as sessões discutidas representam uma tentativa de compreender, de modo mais específico, relações em níveis importantes de organização dos trabalhos cotidianos. O primeiro destes níveis diz respeito aos pacientes, suas características, suas narrativas, trajetórias e motivos que os fazem estar na clínica-dia. Pensar o lugar dos pacientes e a forma como são encarados do ponto de vista da equipe é um passo importante para compreender como as classificações internas circulam, sobretudo quando pensamos que cada um destes sujeitos é, ao mesmo tempo, lido a partir de aspectos individuais (tem um CID específico, tem uma anamnese específica, medicamentos específicos) e de aspectos socializantes, na medida em que é reagrupado na condição de “doente”. Em seguida busquei apresentar debates sobre as noções de normas e as relações com a hierarquização de atividades dentro da clínica-dia. Pacientes são lidos pela equipe sobretudo pelo potencial individual de responderem a uma terapêutica que se pretende ressocializadora e reintegradora. Não obstante, esta mesma estrutura terapêutica, organizada em distintos níveis, pressupõe uma mesma capacidade de absorção das propostas e uma forma homogênea de compreender a estrutura das “atividades”. Disto brotam tensões que não são por todo resolvidas e que, não obstante, culminam com a saída dos pacientes daquele espaço e com classificação de novos “desviantes”, isto é, aqueles que não aderem ao tratamento. Pensar este aspecto é importante para, como veremos nas sessões posteriores, compreender como a proposta “ressocializante” da clínica produz distintas maneiras de compreender a saúde mental e, não necessariamente, conduz a uma ideia de “cura”. Por fim, na descrição das atividades e grupos, buscou-se abordar o que são as características centrais da “vida dentro da clínica-dia”, na medida em que é por elas e a partir delas que toda a estrutura é organizada. O conteúdo dos grupos é resultado tanto da ótica “holística” que se busca trazer para o contexto da instituição, quanto de aspectos que perpassam a constituição das terapêuticas e os objetivos que se espera alcançar com elas. Os grupos são a maneira mais concreta a partir da qual se pode falar de um tratamento em saúde mental e é por meio deles que se empreende todo o esquema interpretativo e classificatório que permeia a relação médico-paciente e o itinerário do paciente dentro da clínica.

### 3. SIMBÓLICAS DA SAÚDE MENTAL: CLASSIFICAÇÕES, REPRESENTAÇÕES E CATEGORIAS.

Em várias das oficinas de antropologia insistiu-se, por parte dos pacientes, que a clínica-dia seria um espaço onde as pessoas se reconheceriam em suas doenças e dificuldades de adaptação cotidiana e que a apropriação dos problemas uns dos outros provocaria reinterpretções de suas próprias condições de vida. Vista, na direção destes argumentos, como um lugar de **mudança de comportamento**, de **aprendizado** e de **convivência**, a clínica-dia carrega em suas práticas uma pressão e uma expectativa muito forte – de pacientes, familiares, equipe profissional – de que os sujeitos recobrem um grupo específico de atividades e de comportamentos considerados saudáveis. Uma vez que não existe exame clínico que, em geral, possa confirmar a existência de transtornos psíquicos, o comportamento público, as interações individuais acabam se tornando manifestações ou confirmações dos quadros estabelecidos pela psiquiatria. Toma-se aqui a questão da normalidade principalmente a partir do tipo de discussões empreendidas por Goffman (2010; 2008) a propósito do estigma e da identidade e, neste sentido, como uma expectativa prática e verificável nas interações cotidianas, e não como um processo de normatização mais amplo ou generalizado da sociedade com relação aos indivíduos.

O estigma é considerado pelo autor como uma marca percebida na relação social e que acarreta uma diferenciação entre os agentes envolvidos na interação cotidiana: é um sujeito que está inabilitado para a aceitação social plena já que apresenta sinais que o diferenciam e que ambos os lados (o estigmatizado e os “normais”) aprenderam a reconhecer pela própria força do processo de socialização. A “identidade deteriorada” (que vivencia, experimenta o desvio, o estigma) pode ser eventualmente manipulada, na perspectiva de Goffman, pelo próprio sujeito estigmatizado: se pode encobrir uma condição de estigma (alijar-se do convívio, sugerir outra doença menos estigmatizadora,...); acobertar evidências (fingir que ouve, no caso de surdos, que enxerga; no caso de cegos,...); controlar informações sociais envolvidas com o estigma; usar o estigma em ganho próprio, entre outras situações. O “eu”, categoria essencialmente construída e manipulada socialmente, precisaria ser encontrado nas próprias representações cotidianas, uma vez que é na presença de outras pessoas, nas interações interpessoais efetivadas constantemente que características relevantes para o sujeito serão construídas, comunicadas, manipuladas, transmitidas, como por exemplo na forma como se é visto por outras pessoas, na maneira como se anuncia um problema de saúde, no como se deseja que os problemas pessoais sejam percebidos, na aparência física, etc.



Concorre para uma boa compreensão da obra do autor que se entenda, neste sentido, que mais do que predisposições ou perfis psicológicos, a noção de “eu” é tratada a partir da ideia de que o humano representa papéis na vida em sociedade e que, estes papéis, por sua vez estruturam ações e posições, em suma, relações de poder.

A noção de estigma que é encontrada em Goffman (2010) está, assim, diretamente relacionada a um quadro mais geral relacionado às interações sociais presentes na sociedade<sup>62</sup> e, como todo o restante da obra, diz respeito a um grupo de marcadores sociais que orientam a percepção de um agente quando este estabelece uma relação de comunicação com outros agentes. Um estigma ou, mais propriamente, esta “marca”, é considerada antes de tudo como um elemento que causa uma categorização específica do sujeito que a possui quando este se encontra em uma dinâmica social dada, o que faz com que se reaja de diversas maneiras com relação ao estigma observado: segmentação, medicalização, criminalização, entre outros. Da mesma forma, no entanto, existiriam outros elementos da apresentação pública dos indivíduos que importariam diretamente para um processo de mútua consideração da personalidade entre duas pessoas: a roupa, o cabelo, o modo de falar, entre tantos outros. Todos estes aspectos implicam numa consideração geral sobre os pertencimentos desta pessoa e, em uma só expressão, sobre a identidade que lhe será atribuída (Goffman, 2008, *passim*). O elemento complexificador, no entanto, que já se encontra esboçado anteriormente, é que a atribuição desta identidade pressupõe uma classificação “x” – com vários referentes, implicações e características – que nem sempre pode ser plenamente preenchida pelo indivíduo que foi objeto da classificação, o que gera o problema de nem sempre uma classificação baseada em estereótipos coincidir com, nas palavras do autor, com sua *identidade social real*.

Deste imbróglio classificatório surge o problema, entre tantos outros, da transformação de um estigma em um “problema de saúde”. Os pacientes considerados doentes mentais, nesta perspectiva, seriam possuidores de estigmas que culminariam em sua classificação como sujeitos indignos ou incapacitados de participar das relações sociais habituais de um grupo, o que demandaria seu alheamento para o consequente processo de normalização. Afirma o autor:

Aquilo que os psiquiatras enxergam como doença mental é normalmente visto primeiro pelo público leigo como comportamento ofensivo – comportamento digno de escárnio, hostilidade e outras sanções sociais negativas. O objetivo da psiquiatria sempre foi interpor uma perspectiva técnica: a punição é substituída pela

---

<sup>62</sup> Se deve dizer, a “sociedade” quando usada por Goffman em sua obra, só pode se referir à sociedade ocidental e os critérios de seleção e categorização quase sempre estão relacionados às experiências de sujeitos das camadas médias.

compreensão e tratamento; a preocupação com o círculo social que foi ofendido é substituída pela preocupação com os interesses do ofensor. (GOFFMAN, 2011: 132).

A passagem acima explicita quase que integralmente a perspectiva a partir da qual Goffman pensa a doença mental e a partir da qual boa parte de sua obra está estruturada, em especial suas discussões sobre instituições totais e sobre a identidade estigmatizada. O problema principal, neste sentido, é a percepção implícita que se tem do doente mental como um sujeito que é facilmente percebido por uma opinião pública mais geral. O médico psiquiatra, neste sentido, seria o sujeito que operacionaliza ou instrumentaliza uma possibilidade de solucionar uma situação de desvio social que estaria, do ponto de vista sociológico, facilmente visível na própria dinâmica das relações entre “loucos” e “normais”. No caso da clínica-dia esta situação ocorre de maneira algo diferente, pois não se pode dizer que – pelo menos uma grande maioria dos pacientes – esteja lá por que existe uma opinião pública que os visualiza como loucos ou que pressupõe esta condição a partir de dinâmicas sociais dadas. Como argumentei anteriormente, existe uma caracterização bastante diferente do público neste lugar pesquisado: são pessoas sobre as quais, a priori, e muito possivelmente, também a posteriori, não se poderia argumentar a existência de “loucura”. Isto porque a imagem clássica deste louco, como desviante, alucinado, agressivo, não se concretiza. São sujeitos que se vestem como quaisquer outros em nossa sociedade, que se alimentam e têm gostos musicais, alimentícios, artísticos, também como quaisquer outras pessoas. Isto se dá pois o “desvio” que acontece no caso das pessoas com quem convivi, assumindo pois que ele exista, não coincide com esta percepção do grupo num primeiro momento ou numa situação de estigmatização promovida inicialmente pela situação da “diferença” visual ou auto-evidente nas interações cotidianas.

Se este marcador de diferença que poderia acarretar na intervenção social não se dá por um critério absolutamente visual, se deve perguntar: como ocorre que sujeitos sejam considerados desviantes atualmente, tomando como critério uma suposição sobre seu estado de saúde mental? De acordo com Goffman, por exemplo,

a interpretação psiquiátrica de uma pessoa só se torna significativa na medida em que esta interpretação altera seu destino social – uma alteração que se torna fundamental em nossa sociedade quando, e apenas quando, a pessoa passa pelo processo de hospitalização. (2010: 112)

Esta situação, embora não seja absolutamente inverídica para o contexto em que pesquisei, ocorre de modo diferente na clínica-dia. As categorias psicológicas e psiquiátricas

não se colocam no contexto pesquisado como uma exclusividade do “hospital psiquiátrico”, sobretudo porque esta estrutura se encontra em franco processo de deslegitimação mediante a opinião pública. Elas circulam, na verdade, por diversos meios e, efetivamente, podem ser acessadas, apropriadas, interpretadas por todos os sujeitos, de modo que ao chegar na clínica-dia muitas destas pessoas já tem domínio de um vocabulário e representação própria de problemas ditos psicológicos que possam ter ou que, de acordo com sua auto-percepção, os teriam levado para este ambiente. Portanto, é possível afirmar que esta diferença, ainda que não se de nos moldes descritos por Goffman, existe de maneira taxativa nas relações entre pacientes da clínica e seus processos mais amplos de inserção. Os processos classificatórios e as representações que acompanham a participação das atividades, os discursos mobilizados cotidianamente, as práticas individuais que conduzem às categorias sociais, todos estes aspectos evidenciam este processo de diferenciação tácita descrito pelo autor.

Esta sessão tem como objetivo, neste sentido, oferecer interpretações sobre as representações e categorias que atravessam as práticas da clínica-dia. Por este motivo, entende-se que esta seja o tecido propriamente simbólico a partir do qual se opera nos processos mais amplos de classificação que fazem parte da clínica. Uma das primeiras questões que se pretende pensar diz respeito às divisões hierárquicas observadas e algumas implicações disto, tendo em vista principalmente a ideia de rompimento com o padrão hospitalocêntrico que define as interações entre equipe e pacientes. Em seguida, busca-se compreender algumas das características que atravessam a distinção entre TM e AD, que também é uma forma de divisão, e em que medida isto está imbuído nas próprias concepções de determinadas patologias diagnosticadas na clínica.

### 3.1. (Di)visões

Pensar a clínica-dia é uma tarefa paradoxal. Apesar de facilitada pela própria tranquilidade com a qual o “falar sobre a clínica” circula pelo discurso de meus interlocutores, a grande quantidade de explicações mobilizadas sobre este mesmo espaço o torna fonte de muitas e distintas representações. Todas as divisões internas, de atividades, modificações do espaço, grupos, oficinas, são feitas, no entanto, em função de uma primeira distinção que se estabelece na vida cotidiana entre **equipe terapêutica** e **pacientes**. Esta distinção é essencial, pois orienta o fluxo de atividades da clínica e o mais aparente do relacionamento interpessoal que lá acontece. É importante, num primeiro momento, não pensar a equipe terapêutica e os pacientes como ocupantes de posições necessariamente antagônicas no contexto da clínica-dia

ou que seus papéis específicos permitam representar sua colocação estrutural em polos opostos. Isto porque existe, como tenho apontado até o momento, um discurso que apregoa um tipo de relação diferente entre estes dois grupos. Distintas práticas poderiam, a priori, indicar a inexistência destas relações antagônicas. É possível visitar a Sala de TV, por exemplo, a qualquer momento do dia, e lá encontrar pacientes e membros da equipe compartilhando os mesmos sofás e discutindo os mesmos programas de televisão. Todo o trato interpessoal parece, ainda, carregar uma maior pessoalidade do que em qualquer outra relação médico-paciente. Marina Cardoso (1999), em pioneira pesquisa sobre as transformações sobre a produção da assistência psicossocial na década de 80, no Vale do Jequitinhonha, aponta uma grande impessoalidade nas consultas particulares entre médicos e pacientes, e um roteiro bastante específico de perguntas e respostas feitas pelos médicos. No caso da clínica-dia, ainda que eu não tenha acompanhado consultas particulares entre médicos e pacientes estas relações estão, pelo contrário, carregadas de pessoalidade. Por **pessoalidade** entendo a produção de uma intimidade que não está posta em relações meramente profissionais, em seu sentido mais lato, como discussões sobre as novelas, sobre questões do cotidiano na clínica, sobre matérias específicas da vida de cada um. Investe-se muito, neste sentido, em praticar nas atividades profissionais esta relação de proximidade e a humanização do tratamento que a reforma psiquiátrica carrega. É importante ter este discurso geral sempre em mente pois ele define alguns critérios a partir dos quais as relações entre pacientes e profissionais pode se dar, como o conteúdo das conversas; a autorização formal para realização de pequenas tarefas cotidianas; a produção de relações específicas entre determinados pacientes e membros da equipe, entre outros. Isto significa, por exemplo, que em uma conversa com algum paciente, em nome de uma relação mais humanizada, o profissional possa preterir do atendimento diretamente dentro de sua sala e buscar atendê-lo num lugar diferente da clínica, porque isto poderia representar o comprometimento com a flexibilização da abordagem profissional. Da mesma forma, o terapeuta pode sugerir que as atividades também sejam realizadas fora do contexto habitual, indo reunir-se com os pacientes ao ar livre, argumentando a necessidade de uma maior dinamicidade nas práticas terapêuticas.

No entanto, ainda que, num primeiro momento não estejam em lugares opostos e que a atmosfera ideológica advogue uma flexibilidade maior com relação a estas divisões, o espaço da clínica é necessariamente interpretado de distintas maneiras e, do ponto de vista prático, muitas atividades apontam, sim, para o estabelecimento de limites entre um e outro grupo. Para os membros da equipe, a clínica pode significar um projeto existencial – como muitos afirmam – mas é, primordialmente, seu local de trabalho e, invariavelmente, suas

interpretações do espaço está permeada por uma ética específica de trabalho, envolvendo o registro diário do ponto, o cumprimento de horários, problemas com atrasos no pagamento, querelas internas com outros profissionais, entre outras questões. Além disto, o espaço da clínica é comumente interpretado como uma modalidade atual de tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico, que busca compreender os múltiplos elementos que fazem parte do campo da saúde mental, e aplicar uma terapêutica que, também, multiplamente referenciada, possa dar conta deste tratamento. Os pacientes, por sua vez, estão ligados a clínica essencialmente por seus próprios tratamentos e itinerários terapêuticos. Um grande número vem para a clínica-dia após um período de estadia no internamento integral<sup>63</sup> e, portanto, de uma experiência de maior privação de liberdade. O espaço da clínica no qual passei mais tempo é basicamente estruturado como uma casa, de portas e portões sempre abertos (este, aliás um dos grandes orgulhos da equipe) e parece provocar uma relação quase familiar nos pacientes, que descrevem seu pertencimento àquele espaço de um modo muito mais afetoso do que os membros da equipe. Além disto, como uma das matérias principais do tratamento diz respeito à produção de “relações sociais saudáveis”, dados também os múltiplos problemas vivenciados pelos sujeitos atendidos em suas vidas particulares, o estabelecimento de contatos com outros sujeitos que apresentam dificuldades da mesma natureza parecia produzir eventualmente relações de amizade entre os pacientes, que eram projetadas para fora da vida na clínica, em encontros casuais, aniversários, etc.

Estas distintas interpretações, neste sentido, são uma consequência dos distintos pertencimentos que cada sujeito, em sua individualidade, possui. É, neste sentido, um truísmo afirmar que os distintos sujeitos que estão na clínica-dia produzem distintas interpretações sobre aquele espaço. O ganho, no entanto, que parece importante buscar nesta discussão sobre as visões que fazem os sujeitos sobre a clínica está precisamente na reflexão acerca de divisões e classificações produzidas a partir destes “modos de visão” do espaço. A não separação entre equipe e pacientes, praticada efetivamente através do comportamento de alguns profissionais, não corresponde necessariamente, na prática, a uma não divisão, mas a um ideal que se encontra em constante mobilização na clínica-dia e que ajuda a significar as práticas, sobretudo terapêuticas e da equipe de profissionais. Se por um lado é importante não perder de vista que meus interlocutores querem se ver como sujeitos que aceitam a diversidade e a complexidade da “saúde mental”, por outro é importante lembrar que na maioria do tempo, não são todos os membros da equipe, por exemplo, que produzem

---

<sup>63</sup> Na grafia cotidiana a entrada do sujeito mesmo na clínica-dia é descrita como um “internamento”, ainda que na prática a proposta terapêutica não se remeta a esta modalidade de tratamento.

aproximações ou relações de pessoalidade com os pacientes; nem são todos os pacientes que se realizam de modo “familiar” com o estabelecimento de relações na clínica. Além disto, a pessoalidade produzida nas relações e que afirmei existir no relacionamento entre categorias aparentemente antagônicas da clínica, reflete propriamente a forma de abordagem dos pacientes que o contexto ideológico de reforma psiquiátrica busca incorporar no tratamento. A abordagem da clínica-dia, se deve lembrar, é toda ela pensada em cima de categorias como liberdade e autonomia e estas categorias ocorrem constantemente na forma com que os profissionais buscam se relacionar com os pacientes. A criação de uma forma de contato que lembre menos modalidades de tratamento psiquiátricas ou a relação médico-paciente, neste sentido, é um código de conduta adotado dentro do ambiente da clínica-dia. A criação de espaços interditados dentro da clínica, como a sala de TO no momento do almoço, onde somente os membros da equipe tem acesso; e como a maioria das salas da clínica, somente acessíveis quando na companhia de um terapeuta responsável (no momento das atividades) refletem, por exemplo, o estabelecimento de um corpo de normas internas e de hierarquias que opõem constantemente pacientes e terapeutas.

### **3.2.AD e TM: “duas leituras” e o tratamento**

Ao descrever as instituições totais, Goffman (2010) refere-se ao corpo de práticas da equipe dirigente e ao espaço institucional como um todo, a partir da expressão “esquema de interpretação” (p.77). Este esquema começa a operar, na perspectiva do autor, imediatamente após a entrada do paciente no contexto institucional, e pode ser compreendido como uma tentativa da instituição total, de mimetizar relações consideradas saudáveis no mundo externo, pressionando o sujeito para adotar condutas consideradas saudáveis e impondo sobre seu *eu* um amplo processo de disciplinamento. No caso dos hospitais psiquiátricos clássicos, a totalidade de suas práticas buscam efetivar uma adaptação do paciente a um padrão de moralidade e de comportamento que a instituição elege como seu objetivo e como sua característica. No contexto estudado pelo autor, a separação do paciente psiquiátrico da sociedade em geral ainda é uma prática, o que torna a internação, propriamente, como um fenômeno crucial a partir do qual se pode observar a criminalização dos comportamentos desviantes. A internação, no entanto, além de um modo de operar dos hospitais psiquiátricos também seria a prova de que o indivíduo é do tipo que “deve estar” na instituição, isto é: “Um homem colocado em uma prisão política deve ser um traidor; um homem na cadeia deve ser um delinquente; um homem num hospital para doentes mentais deve estar doente” (p.78).

Esta é, portanto, uma primeira forma deste esquema interpretativo. No caso da clínica-dia, ainda que não estejamos falando de uma instituição total nos moldes de Goffman, o processo de categorização levado a efeito pela prática psiquiátrica em específico se dá basicamente da mesma forma e, ainda que o internamento não se dê nos mesmos moldes que descreveu o autor, a entrada na instituição é acompanhada por um processo intenso de categorização.

O esquema de interpretação da clínica-dia, considerado aqui como o grupo de práticas, interpretações, discursos e atividades engendrados sobre a vida do sujeito a partir do momento em que ele passa a fazer parte da clínica-dia, se beneficia diretamente do processo de classificação dos pacientes, pois é a partir do pressuposto de uma doença específica ou de uma identidade específica que se torna possível agir sobre as características do paciente – tomadas como negativas ou não. As distintas maneiras de categorizar os sujeitos, do ponto de vista de suas patologias, conduzem a outras classificações na vida cotidiana do paciente, sobretudo a partir dos pertencimentos que ele estabelece com outras atividades e outras práticas terapêuticas. A divisão entre pacientes de **Álcool e Drogas** e pacientes de **Transtorno Mental**, sobre a qual se falou em distintos momentos ao longo do texto, existe para diferenciar as pessoas que fazem parte do tratamento oferecido na clínica-dia basicamente a partir de sua classificação patológica. No primeiro, AD, que se reúne pelas manhãs, encontram-se entre cinco e quinze pacientes, e estão os sujeitos diagnosticados como “portadores de transtorno mental em função do uso de drogas ilícitas”, conforme Código Internacional de Doenças (CID). Os diagnósticos, ainda que vinculados a esta classificação principal, podem ser variados (uso de maconha, uso de cocaína, uso de múltiplas substâncias, uso de álcool, entre outros). Também podem variar na medida em que os quadros clínicos podem apresentar associações do uso indevido de substâncias com o desenvolvimento de transtornos psíquicos, como depressão, bipolaridade, sintomas psicóticos, etc., situação descrita clinicamente como comorbidade. O segundo grupo, no período da tarde, abriga pacientes classificados pela psiquiatria como depressivos, bipolares, esquizofrênicos, entre outros. Aqui as associações parecem ser muito maiores, pois um paciente pode ser visto como depressivo e apresentar sintomas psicóticos ou possuir um grau específico de desenvolvimento de psicose, que pode ou não envolver esquizofrenia. Também circulam pela clínica classificações envolvendo os chamados transtornos de personalidade, sujeitos *Borderline* (limítrofe entre neurose e psicose, segundo a psiquiatria), descritos como sujeitos manipuladores e geralmente encarados como grandes criadores de problema na clínica, sem falar de uma grande variedade de manifestações do que a equipe costuma chamar de TAB,

Transtorno Afetivo Bipolar, tipo de transtorno que implicaria numa oscilação entre momentos de euforia (mania) e depressão.

Em ambos os grupos considera-se que os pacientes sejam possuidores de **transtornos mentais**, na medida em que são todos categorizados desta forma a partir do código internacional de doenças (CID), mas no primeiro grupo, AD, estão aqueles que possuem **transtornos por uso de drogas** e no segundo, TM, pacientes considerados doentes pela existência de **transtornos de personalidade, transtorno de humor bipolar, depressão, esquizofrenia**, entre outros. Dois psiquiatras são diretamente vinculados ao desenvolvimento dos trabalhos na clínica-dia e cada um deles é responsável pelo acompanhamento dos pacientes de cada grupo, definição de medicamentos, realização de consultas individualizadas, receitar medicamentos, preenchimento de prontuários<sup>64</sup>, etc. A separação entre TM e AD, portanto, é uma investida classificatória feita muito no início da estadia do paciente na clínica e que pressupõe uma identidade específica do sujeito e de sua doença, isto é: se utiliza drogas ou álcool ele é um paciente de AD e se manifesta depressão é um paciente TM. Um sujeito que procure a clínica por uso de drogas ou de álcool, portanto, necessariamente será classificado no grupo AD, mesmo que posteriormente sua categoria possa ser alterada a partir das práticas cotidianas na clínica-dia, o mesmo acontecendo com o grupo TM. Mesmo assim, soube de poucos casos de pacientes que tivessem suas categorias alteradas ao longo do período de tratamento. Além disto, na clínica-dia, bem como em grande maioria dos serviços advogados pela reforma, o internamento integral não é uma prática empregada no tratamento de pacientes em sofrimento psíquico, o que acaba deslocando o foco, no nosso caso, para outras dinâmicas institucionais que ocupariam o centro das novas modalidades de tratamento, tais como o próprio discurso multidisciplinar da reforma ou a inclinação para um trabalho terapêutico a partir da fala, situações que, conquanto não explicitamente disciplinadoras, se mostram igualmente moralizantes.

As atividades realizadas no TM e no AD estão voltados para percepções diferenciadas de tratamento no campo da saúde mental. Uma de minhas principais interlocutoras, que acompanhou todo o processo de entrada na clínica como voluntário, e discussões posteriores com o Comitê de Ética, afirma que no início da clínica (há aproximadamente três anos) a maioria dos profissionais não se imaginava trabalhando com pacientes da esfera de AD, por não gostar ou por não se identificar. Outros entrevistados ainda, psicólogos e outros terapeutas, afirmam que não possuem um vínculo muito forte com esta modalidade de

---

<sup>64</sup> O preenchimento do prontuário, no entanto, é uma tarefa coletiva. A cada dia da semana um profissional da clínica é responsabilizado pela tarefa.



tratamento, pois são muitas as dificuldades que envolvem a terapêutica e os próprios sujeitos são outros, na medida em que toda a dinâmica do tratamento é outra. Outros terapeutas, por outro lado, se dizem apaixonados pela área de Álcool e Drogas, exibindo especializações e grandes reflexões a este respeito. Alguns profissionais viriam a me dizer que, em geral, neste grupo existe um nível de manutenção das faculdades mentais mais pronunciado do que, por exemplo, no TM, o que os torna mais manipulativos, mais difíceis de acessar, mais “receosos”. No grupo de transtorno mental, considera-se que o avanço das patologias conduza a variados graus de participação social, compreensão da realidade, podendo, ou não, envolver desenvolvimento de quadros demenciais e níveis distintos de atenção e relação com o mundo cotidiano. No grupo AD, por outro lado, a doença propriamente dita é o consumo de droga ou álcool. Mesmo a utilização episódica é considerada como doença. Elementos do cotidiano – ser manipulador ou ser desatento – são o tempo todo trazidos para criar representações sobre a identidade dos sujeitos e, conseqüentemente, fornecem elementos importantes para a construção do perfil de cada grupo.

Outro aspecto importante dos grupos é que eles geralmente não se encontram e não possuem um momento de convivência comum, pelo menos não um momento que tenha exatamente este propósito. Isto é decorrência do entendimento tácito de que se tratam de questões diferentes e que o contato entre os grupos não é necessariamente benéfico, argumento sustentado tanto por terapeutas quanto por pacientes. No momento do almoço, em geral, como o horário AD se estende até por volta do meio-dia e como o horário do TM se inicia por volta das onze horas, acontecem encontros não planejados e é possível ouvir reações preconceituosas (ainda que não generalizadas) sobre o grupo oposto.

Ao longo da pesquisa tive muita dificuldade de me aproximar do grupo de Álcool e Drogas. relatei em meu diário de campo uma reflexão a este respeito, que reproduzo na sequência:

Ainda que eu me aproxime do grupo TM para a realização das oficinas de Antropologia, sempre que chego na clínica uma gama variada de relações e atividades se desdobram antes e depois das oficinas – e mesmo ao longo delas – as quais não expressam somente, em minha opinião, a relação “terapeuta-paciente” que inicialmente se processava. Este tipo de relação ainda não acontece, por exemplo, com o grupo de Álcool e Drogas (AD). Na verdade, nas últimas semanas tenho me sentido pouco capaz de trabalhar com os pacientes da parte da manhã. Diferentemente do TM, onde o conteúdo de suas “doenças” parece trazer fortemente uma reflexividade sobre normalidade ou não e, portanto, um tipo de terreno agradável para a discussão antropológica, entre os pacientes do AD a grande dificuldade se processa no uso ou não uso das substâncias com as quais estão envolvidos e num comportamento de certa forma “arrogante” com relação à sua colocação em tratamento. Isto é, o diálogo com os usuários de drogas, sobretudo, mas também com os usuários de álcool é sempre marcado por referências a um

discurso de poder, de “estar onde ninguém esteve”. Existe, assim, uma diferença crucial entre pacientes de uma e outra área, que reside primordialmente numa espécie de “orgulho” e de pertencimento que é muito mais visível no AD do que no TM. A condição de depressão e estigma é muito mais sofrida pelos pacientes do TM, que em tese tem muito a perder em suas identidades e relações sociais uma vez que operam mais com o binômio normal-anormal, do que os pacientes AD que ao usarem drogas já se auto-rotulam excêntricos e diferentes da normalidade. Em ambos os casos, porém, a procura ou a estadia na clínica está associada a uma perda de “qualidade” nas relações sociais (trabalho, relações afetivas, família). (DIÁRIO DE CAMPO, 26/09/2012).

Meu contato com o grupo AD foi muito reduzido ao longo do campo. Seria correto afirmar que a pesquisa acabou se concentrando no segmento TM em função das próprias facilidades ou dinâmicas de minha negociação junto à equipe e junto aos pacientes. A rigor, a pesquisa se inicia com a possibilidade de trabalho (com ocorrência das oficinas) somente no grupo de Transtorno Mental. É somente em meados de maio de 2012 que a convite da responsável pelo serviço eu passo a fazer oficinas de antropologia também com os sujeitos do AD. Após o Congresso de Saúde Mental que participei, uma série de ideias e frases vieram comigo para serem aproveitadas em meu contexto na clínica-dia. Uma das frases que apresentei nesta época, para o grupo de TM e que, por engano, acabou continuando exposta na sala onde se encontravam outros pacientes, foi a seguinte: “Qualquer loucura é melhor que não fazer nada.”. A frase devia fazer sentido junto com uma outra, que dizia: “Fica permitido a utilização do termo loucura como advérbio de intensidade”. Entre os pacientes do TM, com quem conversei a respeito destas frases, a discussão foi toda direcionada para ideias como “sou louco por café”, “sou louco por minha família”, “sou louco pela vida”, isto é, onde a ideia de ser louco poderia cobrir uma série de outras experiências sociais, que não exclusivamente a “doença mental”. Na mesma semana, após o grupo AD ter visitado a sala, soube que houve bastante desagrado com as frases, sobretudo a primeira. Segundo uma profissional da clínica, “ser louco” já fazia parte de várias representações do uso de drogas dentro de seus contextos. O ser “vida louca” ou o procurar por “outras loucuras” na vida já era algo que faziam bem e estava vinculado precisamente com o uso de drogas, cujo uso estavam, não obstante, neste momento tentando abandonar. Nestas oficinas com AD, portanto, uma série de dificuldades passa a se apresentar, pois ao passo que sempre havia adotado uma postura de relativismo das questões referentes à saúde quando junto aos membros do TM, neste novo grupo este tipo de reflexões parecia não ser bem aceito. Eu costumava investir, entre os membros do TM, no sentido de olharem para outras modalidades de existência no mundo, para outras formas de concepção de saúde, bem, mal, normal, cura, etc. Esta reflexão era geralmente vista como atraente pelas pacientes, pois acreditava-se que a antropologia

contribuiria no conhecimento de outras realidades de vida e, em consequência, numa espécie de “abandono” da ignorância das “questões sociais”. Neste sentido, a proposta de **abrir a mente**, como se costumava dizer, parecia somar um significado a um processo de tratamento que, em si, já partia do pressuposto de que saúde não era somente constituída no biológico. Entre os pacientes do AD, no entanto, a ideia de “abrir a mente” soava muito mais próxima do próprio uso de substâncias do que de uma proposta de revisão de conceitos sobre o mundo. Abrir a mente implicava numa espécie de “aproveitar a vida”, o que eles já estavam fartos de fazer. Ao contrário de uma abertura para o mundo, portanto, os pacientes do AD buscam um fechamento com relação a ele e as oportunidades de “melhor aproveitá-lo”. Por isto, muitas das propostas individuais, do PTS (Projeto Terapêutico Singularizado) destas pessoas, estiveram sempre voltados para dinâmicas relacionadas à família, a trabalho, novas amizades, etc.

Também chama atenção nesta discussão a forma como os pacientes de cada grupo qualificam suas próprias identidades. O segmento de AD, em diversos momentos, entende sua própria existência a partir de uma ideia – como descrevi no diário – de “estar onde ninguém esteve”, aproveitar o máximo da vida. Neste sentido, muito mais positiva do que a maneira através da qual meus interlocutores do segmento de TM se qualificavam, em geral se ressentindo das vidas que levaram, descrevendo sempre de maneira muito negativa o desgaste que os seus transtornos específicos causaram em suas trajetórias. A produção de relações sociais – no sentido que a clínica-dia atribui a este conceito, isto é, **fazer amizades** – no segmento AD existe de distintas maneiras e, salvo exceções, também existe de maneira que lhes agrada. Os amigos que também são usuários, as festas, “a boca”, entre distintas experiências que descrevem, fazem parte das relações sociais que produzem e que fazem sentido em suas trajetórias. A ida à clínica está vinculada a uma descrença de que estas relações sejam efetivamente saudáveis ou legitimáveis num nível mais amplo. Ao contrário, no segmento de TM, uma grande maioria de meus interlocutores já não possuía relações sociais de nenhum gênero em suas vidas cotidianas e, por conseguinte, nada “pelo que se orgulhar” em suas trajetórias sociais.

Em uma primeira leitura da organização da clínica tive a impressão de que a coexistência entre estes dois grupos era algo paradoxal. Os transtornos de cada lado são, do ponto de vista psiquiátrico (portanto, classificatório) essencialmente diferentes e não existe, nesta mesma classificação, espaço para a alegação de similaridade entre os pacientes de cada grupo, o que sustenta, entre outros, a própria separação entre eles. Se os indivíduos de cada área fossem tomados como iguais não haveria razão para uma distinção. Esta distinção

consiste, neste sentido, não somente na diferença entre o uso de substâncias (pois se fosse isto, haveria um grupo de álcool separado do grupo de drogas), mas numa distinção entre padrões comportamentais que se manifestam em cada um deles e, no caso do AD, na pressuposição de um problema mental inerente ao uso de substâncias tais como álcool, maconha, cocaína, entre outros. No tratamento realizado com os pacientes de transtorno mental existe uma ênfase muito clara em questões diagnósticas e medicamentosas, para além das questões sociais. Ao tratar de pacientes diagnosticados com esquizofrenia, depressão ou qualquer outro transtorno presente no TM, portanto, tem-se sempre a impressão de que o objetivo principal do tratamento é uma questão biológica vista como dada, porém percebida a partir de referenciais sociais. Ao participar do grupo AD, no entanto, como explicitiei anteriormente, a presença de uma problemática propriamente biopsicológica é quase inexistente e, em geral, a equipe não aborda este grupo de pacientes a partir de referenciais da área da saúde, mas a partir de uma relativização de suas problemáticas existenciais, de suas trajetórias, ou dos ganhos e perdas sociais envolvidas com o uso de drogas ou álcool. Em síntese, mesmo considerando um plano de fundo orientado para o *psicossocial*, o TM é um grupo mais biológico e o AD é um grupo mais social, pelas próprias dinâmicas internas da clínica. Decorre desta aparente irreducibilidade de ambas as propostas a um ponto comum, que os grupos não se reconheçam mutuamente fazendo com que, em muitos relatos do AD, por exemplo, os pacientes do outro grupo sejam vistos como “malucos”, “doidos”, com os quais não se busca estabelecer muito contato. No TM, por sua vez, várias vezes os pacientes usuários de drogas ou álcool são lidos como “vagabundos”, “marginais”, “fracos”, entre outros.

Por outro lado, é somente porque a saúde mental – enquanto proposta de reestruturação do atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico na contemporaneidade – se organiza, entre outros, a partir da noção de complexidade do humano e buscando resgatar valores associados com a pessoa moderna, que “outras doenças” se tornam objetos para este campo, como é o caso do uso de álcool, substâncias psicoativas ou mesmo da depressão. Neste sentido, não há um paradoxo aparente neste tipo de tratamentos pois ambos os grupos, AD e TM, e seus respectivos pacientes são tomados ao longo de todo o processo de tratamento como produtos de relações sociais deterioradas que conduziram a um processo de adoecimento mental. Existe, sim, neste sentido uma redutibilidade das propostas a um ponto comum, que reside especificamente na mobilização de argumentos relacionados a questões sociais, havendo um investimento maciço em ambos os grupos em dissecar as relações sociais dos pacientes, suas trajetórias e crenças. A partir deste novo ideário de tratamento, como

tenho argumentado, novas concepções envolvendo a pessoa e a noção de saúde e doença são trazidas como formas de contrapor o modelo que centraliza o internamento integral e o hospital. Estas novas modalidades, como apontado anteriormente, centram esforços numa compreensão plural do ser humano e na busca, como vimos no caso das práticas da clínica-dia, em distintas atividades, atuando no que se considerariam as distintas esferas do ser humano. Como apontou Ana Venâncio (1993), a mobilização destas explicações teria como um aspecto importante o retorno a uma forma de compreender o transtorno mental a partir de critérios morais e, mais que isto, a partir de valores como os da liberdade e da igualdade. Esta conformação, como explica a autora, não é somente uma “reinvenção” de antigos paradigmas, mas a manifestação de aspectos que são cruciais na noção de pessoa moderna formulada na sociedade ocidental o que, no limite, implica, no nosso próprio “padrão de normalidade”. Na prática, portanto, o grande retorno, seria o de novamente submeter uma compreensão física do indivíduo a aspectos morais de sua existência social, o que foi, não por pouco tempo, o perfil da ciência psiquiátrica e a principal razão que conduziu muitas das críticas a este saber. Assumo sem restrições a argumentação de Venâncio (1990, 1993), tendo em vista que as práticas da clínica-dia descritas anteriormente endereçam um discurso que é a manifestação concreta desta noção de pessoa individualizada e livre, atualizando nas práticas cotidianas maneiras de “normalizar” o comportamento dos sujeitos.

### 3.3. Categorias psicológicas e psiquiátricas

Um dos primeiros contatos de um novo membro da clínica-dia com a realidade daquele ambiente acontece em uma consulta individual com um dos psiquiatras da equipe. Neste primeiro contato com os pacientes o médico tem como tarefa a realização de uma **anamnese**, compreendida como uma grande descrição da pessoa, de sua trajetória, medicações utilizadas, diagnósticos passados, entre outros aspectos; a definição do quadro médico do sujeito ao entrar na clínica; bem como a definição da medicação a ser utilizada ao longo do tratamento. Embora cada paciente já chegue à clínica com histórias bastante específicas, é nesta consulta que se decidem os caminhos do paciente na instituição, bem como um “perfil inicial” do sujeito que será atendido. Este perfil, embora venha a ser constantemente alimentado com as impressões dos demais terapeutas e da equipe como um todo ao longo de outras atividades do qual o sujeito venha a participar, é a forma mais concreta a partir da qual a equipe irá se referenciar aos pacientes. Neste sentido, processos de classificação e categorização acompanham a atuação do psiquiatra, pois é a partir da

“descrição” e “definição” do novo membro, e em função da existência de dados a serem tomados como referenciais sobre ele, que se organizará sua vida de paciente dentro da clínica-dia.

Ser um paciente da clínica-dia implica, basicamente, duas condutas: a) participar das atividades cotidianas e, portanto, estar na instituição todos os dias, e; b) **responder** a estas atividades, compreendido como uma devolutiva do sujeito aos “esforços” feitos pela equipe e que, neste sentido, pode variar de acordo com o paciente e de acordo com a atividade. Um paciente que “não responde” é considerado como um paciente que não teve **adesão**, que não participa das atividades e que poderá representar, para a equipe, um desafio para a efetiva incorporação ao grupo. Além disto, a vida cotidiana do sujeito atendido é basicamente a participação nestas atividades, que são grupos terapêuticos desenvolvidos pela equipe profissional, compostos basicamente de debates dirigidos, e grupos de atividade mais diretas, tais como a educação física, a argila ou a terapia ocupacional. Ser um paciente da clínica-dia, não obstante, é experienciar uma modalidade totalmente diferente das modalidades habituais de tratamento médico. Especialmente na clínica-dia não são feitos atendimentos diretos entre psiquiatra e paciente, a despeito da existência daquela primeira consulta, absolutamente crucial para a trajetória do sujeito na clínica. Para se poder acessar o psiquiatra é preciso agendar uma conversa específica. As demais atividades, contudo, algumas delas conduzidas mesmo por psiquiatras, são dirigidas à quase totalidade dos sujeitos, o que reflete a proposta da clínica de investir num tratamento que não é individualizado, mas de grupo. Da mesma forma, para solicitar medicamentos ou novas receitas (atividade que se repete com muita frequência, pois os pacientes têm medicação somente para uma semana), é preciso aguardar o dia e horário certos, nos quais o psiquiatra aviará as receitas para cada paciente. Em todas as atividades são os pacientes que devem optar por participar ou não, pedirem ou não, se mobilizarem ou não. Sempre há algum membro da equipe que, próximo dos horários de atividades, busca cooptar membros para a realização do grupo, mas é essencialmente de responsabilidade de cada um participar ou não, parecendo residir basicamente nisto a ideia de “adesão” ao tratamento, ou não. Em síntese, o princípio terapêutico maior, que rege a estrutura da clínica, é a ideia de que o tratamento é buscado pelo cliente e não, simplesmente, oferecido pela instituição. Por isto é que “ser um paciente” implica em participar das atividades. Estas características, porém, afastam quase que imediatamente a clínica-dia de uma representação de “espaço de saúde”, pelo menos os espaços de saúde habituais.

Participando da clínica estão pessoas que já fizeram tratamentos psiquiátricos em outras instituições, acompanhamento psicoterápico, ou que possuem algum contato mais

estreito com a saúde mental, ou pessoas que não possuem nenhum tipo de contato ou trajetória vinculada a tratamentos psiquiátricos. Alguns pacientes parecem chegar à clínica portando uma classificação preliminar sobre sua própria situação psiquiátrica e buscam reivindicar em seus discursos uma certa senioridade com relação aos demais (“Passo por isto há mais tempo”, “Isto vai passar”) e, ao mesmo tempo, uma relação de continuidade relativamente ao tratamento realizado anteriormente. Para o grupo que pesquisei a imagem de auto-cuidado, de preocupação com a saúde particular é muito importante e a maioria das pessoas deste grupo busca enfatizar a existência deste cuidado de si, em contraposição a não habilidade dos neófitos neste quesito. De outro lado, estariam os pacientes que nunca antes haviam tido contato com instituições psiquiátricas ou com alguma modalidade de tratamento de saúde mental. Em geral este grupo é bem menor do que o primeiro e é composto basicamente por pessoas mais jovens, entre 20 e 30 anos, e ao contrário do que acontece no grupo dos pacientes que já possuem alguma classificação, é bastante comum afirmarem que já possuíam transtornos mentais há bastante tempo, vinculando a doença com aspectos de sua trajetória pessoal, numa leitura individual sobre eventos traumáticos da biografia.

Ao descrever o paciente, o psiquiatra considera como relevantes aspectos que são inteiramente sociais, entendido aqui como questões envolvendo a própria estruturação histórica de questões relevantes ao sujeito, aspectos interacionais de natureza tanto simbólica quando moral, como é o caso da trajetória pessoal, da vida íntima, das instituições visitadas, dos medicamentos utilizados, etc. Este conteúdo próprio da constituição social do sujeito está na mira da clínica-dia a partir da classificação psiquiátrica e, após esta entrada, o esquema de interpretação só se amplia, a partir de outras práticas, como é o caso das atividades de teatro espontâneo ou dos grupos psicoterapêuticos. O perfil inicial traçado pelos psiquiatras, alimentado posteriormente pelo trabalho dos demais terapeutas é, portanto, não somente fruto de uma classificação realizada a partir dos parâmetros da psiquiatria, mas a partir das próprias características que – obtidas da vida pessoal do sujeito – podem ser atribuídas ao paciente que chega ao ambiente e que podem ser depreendidas de interpretações basicamente psicológicas de sua conduta. Decorre disto que, AD e TM, por exemplo, não seja uma decisão efetivamente tomada pela equipe ou pelo psiquiatra, mas uma classificação pré-existente que é levada a sério pela estrutura institucional para dar andamento no tratamento. O que ocorre, neste sentido, é um processo através do qual a intimidade do sujeito, sua vida pessoal e suas experiências passam a fazer parte de um sistema de classificações ao qual somente a equipe de profissionais tem acesso.

Embora a psiquiatria aí ocupe um lugar central, na medida em que realiza as consultas iniciais e realiza sozinha uma parte considerada importante do tratamento (qual seja a parte medicamentosa ou mais estritamente biológica), a psicologia também cumpre papel tanto ou mais relevante na construção de categorias ou classificações, não somente sobre os pacientes, mas sobre as relações produzidas no ambiente. Paralelamente a psiquiatria, portanto, parece existir também uma centralidade no papel desempenhado pela psicologia na clínica, que opera no esquema interpretativo da instituição tomando a própria trajetória do indivíduo e os temas da liberdade, da cidadania, da igualdade, da autonomia, numa dimensão psicológica e, portanto, desenvolvendo uma dimensão psíquica (ou física, neste sentido) de questões de cunho moral. Na clínica-dia o profissional da área de psicologia ocupa, ainda, uma posição relevante nas decisões de ordem mais cotidiana, tais como na realização das atividades, bem como na resolução mais imediata de dificuldades – relacionados ao tratamento – que os pacientes possam eventualmente ter. Isto é, como os psicólogos são em número maior na clínica e eles também dirigem boa parte das atividades terapêuticas, é primordialmente a partir do contato com a psicologia que chega ao paciente a compreensão do que seja o tratamento oferecido naquele ambiente. Quantitativamente o contato dos pacientes com a psicologia é muito maior do que com quaisquer outros saberes terapêuticos no contexto da clínica dia. O psiquiatra, ainda que realize algumas atividades de cunho mais propriamente psicossocial – entendido como a junção de uma prática psicoterapêutica com a proposta de reintegração social – quase nunca é visto com tanta facilidade no ambiente da clínica-dia e, relativamente, aos demais profissionais, é um membro da equipe com o qual se tem pouco acesso. Inúmeras vezes pacientes reclamaram da dificuldade de estabelecerem contatos rápidos para resolver dúvidas com o psiquiatra responsável por seu grupo.

Psiquiatria e psicologia são, neste sentido, as categorias de profissionais que mais diretamente se beneficiam da distinção entre uma patologia ou outra nos pacientes. Aos psiquiatras da clínica as categorias teriam um interesse específico na medida em que a partir da classificação adequada da doença, se poderia medicar de maneira adequada ou abordar o paciente de uma maneira mais acurada. Nas oficinas de antropologia, em algumas ocasiões, chegou-se a cogitar por parte dos psiquiatras que alguém viesse a participar desta atividade a fim de incrementar os diagnósticos dos pacientes com informações que eram compartilhadas na oficina, assumindo que ali os pacientes se sentiam mais a vontade para falar de suas vidas particulares. Ainda que a participação de membros da equipe na oficina tenha acontecido em raras ocasiões, a importância de realizar um bom diagnóstico sempre se colocava como um imperativo para o bom desenvolvimento do tratamento, o que justificaria, na perspectiva da



equipe, a realização da anamnese logo nos primeiros momentos de estadia na clínica, e a busca por informações em momentos variados da vida do paciente *dentro* da clínica, após sua entrada. Um dos psiquiatras, ao participar da oficina de antropologia, sugeria não somente que algum membro da equipe pudesse estar presente para “informar-se” mais sobre a vida dos pacientes mas também porque haveria uma falta de direcionamento daquelas informações para finalidades importantes ao tratamento, uma vez que faltaria ao “antropólogo” o conhecimento dos aspectos que constituíam a doença e em que medida os comentários feitos na oficina poderiam se conectar com o quadro real do paciente, percebido e conhecido somente pela equipe.

O fato de buscarem participar das atividades desenvolvidas em vários ambientes da clínica reflete, num primeiro momento, um aspecto importante do processo diagnóstico da clínica-dia, que também foi apontado por Cardoso (1999) em sua pesquisa e que corrobora o que se vem argumentando aqui com relação a um perfil social aliado ao psicológico ou, a um psicológico revestido do social:

O paradigma epistemológico que orienta a prática médica, tal como ela passa a ser direcionada, para o atendimento público assistencial, tende a conceber a doença como uma reação geral do indivíduo ao seu meio social, a ser tratada simultaneamente na ordem fisiológica e psicológica de sua expressão. Consequentemente, mais se dissipa a realidade da doença como espécie patogênica e mais se centra a análise diagnóstica no indivíduo, reagindo à sua situação no mundo de forma patológica. Deslocando o objeto da investigação diagnóstica para a “personalidade” do sujeito (...) a doença passa a ser concebida como alteração dos elementos componentes ou estruturantes da personalidade (p. 97).

Ao observarmos, portanto, questões simbólicas envolvidas nas atividades da clínica-dia é importante observar que este voltar-se à personalidade, típico do tratamento que acontece no ambiente pesquisado, é um modo a partir do qual se dirigem as atividades neste ambiente. Num segundo momento, a participação do psiquiatra nas oficinas de antropologia, evidencia de modo muito relevante, a existência de um saber ou de um tipo de conhecimento especializado sobre a doença mental que não é compartilhado por todos, evidenciando a necessidade do especialista em diagnóstico ou, nos termos de Csordas (2008), um especialista em “objetificação cultural” (p.113).

Participando de todas as atividades da clínica obtém-se, na perspectiva da prática psiquiátrica, uma **chance** maior de **acertar o diagnóstico** e, consequentemente, **acertar a medicação**, ambos os processos compreendidos como o ajuste entre o transtorno específico e a medicação dada ao paciente. Sempre achei curiosos os termos através dos quais a equipe

referencia esta parte específica do tratamento, como se se tratasse de um grande jogo onde médicos e pacientes fizessem diversas tentativas, não necessariamente sabendo o que estão fazendo, na expectativa de acertar, ter chances, etc. Este ar de dúvida e de “tentativa e erro” era bastante comum no ambiente da clínica-dia, sobretudo por parte dos pacientes, que sempre buscavam retratar a doença como algo inclassificável ou, mesmo, efetivamente inacessível. O diagnóstico, portanto, ainda que uma condição para a entrada do paciente e crucial para definir os destinos dos pacientes, também é uma construção relacional, definida cotidianamente na clínica, negociada entre os membros da equipe. Se busca, primordialmente, no caso da clínica-dia, na própria vida urbana os motivos que causam o transtorno mental e os psiquiatras e psicólogos, no desenvolvimento de suas atividades – aqui entendidas como os grupos que realizam junto aos pacientes – sempre buscavam tematizar ideias como a correria do dia-a-dia, a qualidade de vida no trabalho, o lazer, entre outros aspectos, como critérios a serem cuidados e observados pelo paciente.

Existem, assim, duas formas principais a partir das quais ocorrem classificações na clínica-dia, do ponto de vista das patologias. Uma delas está relacionada diretamente com o trabalho do psiquiatra, que fornece uma explicação biomédica a partir da qual opera todo o resto do sistema da clínica-dia. A outra está relacionada com a psicologia e com uma terapia voltada à noção de psicossocial, compreendida como categoria que sintetiza uma investida holística e socialmente engajada de compreender a loucura. Para a prática do psicólogo dentro da clínica-dia as classificações psiquiátricas possuem uma implicação bastante evidente, que diz respeito ao como os estereótipos estéticos de cada patologia podem ser percebidos no comportamento de cada paciente. Pacientes que mantêm comportamentos mais introspectivos ou que não costumam se abrir com os demais podem eventualmente ser considerados como passando por uma fase de **depressão**, ao passo que os pacientes que se manifestam mais facilmente, com fala rápida, poderiam se encontrar em episódios de **mania**, o que caracterizaria o **transtorno de humor bipolar**, transtorno mental onde o paciente oscilaria entre um perfil comportamental de agitação e outros deprimidos. Uma outra categoria muito comum no mundo da saúde mental, associada historicamente com a loucura, é o **delírio**, a **fuga da realidade** e a **ilusão**. Este conjunto de rótulos está associado sobretudo com a psicose e, principalmente, com a esquizofrenia, uma de suas mais conhecidas manifestações.

Uma das questões que acompanha este processo de categorização é, portanto, o agenciamento do próprio corpo como fonte de significados, como objeto de controle realizado de maneira quase exclusiva pela prática médica. Na clínica-dia, o recorte de classe atua de maneira decisiva na elaboração dos diagnósticos e na consideração dos tratamentos. A

mobilização de explicações holísticas, o próprio acesso a recursos terapêuticos como a psicanálise, o reiki e diversas terapias complementares indica uma percepção da saúde por parte dos pacientes que é muito vinculada a este tipo de discursos, o que é, por sua vez, ressaltado na clínica a partir de uma série de frentes, seja na sugestão da multiplicidade de discursos – discurso que subjaz na reforma psiquiátrica – seja na mobilização da espiritualidade. Neste sentido, pode-se pressupor que os pacientes da esfera privada tenham – pela própria natureza de seus pertencimentos – relações diferenciadas com este discurso que trata da fala e do holismo como referências terapêuticas. Na clínica-SUS, nas poucas vezes em que lá estive, não somente o holismo não parecia ser uma questão relevante, como a instituição não investia no mesmo tipo de terapêuticas com aquele grupo de pacientes, que são considerados por membros da equipe como mais estigmatizados, mais cronificados, em uma só palavra: mais doentes. O diagnóstico é, direta e indiretamente uma consequência de leituras possíveis sobre o sujeito e sua vida, a começar pelo diagnóstico de uso de álcool e drogas que é baseado diretamente no uso – que ocorre na vida social do sujeito – de substâncias lidas como proibidas pela psiquiatria. Os diagnósticos de esquizofrenia, por exemplo, posto que não se dão de modo clínico (por exames), se baseia fortemente na maneira como as pessoas organizam suas experiências e em como as manifestam, o mesmo acontecendo com a depressão, embora aqui já existam discussões sobre exames clínicos que ratifiquem decisões médicas.<sup>65</sup>

De acordo com Cardoso (1999), apoiada nas discussões de Boltanski (2004), a prática médica é, ainda, uma forma estratégica de dominação na sociedade contemporânea, que se baseia fortemente no controle social do uso dos corpos (p.89). Decorre disto, segundo a argumentação da autora, que a elaboração do diagnóstico seja nada mais do que um processo de normatização e de desautorização das leituras dos sujeitos sobre seus corpos. Amparada novamente por Boltanski (Id), a autora afirma:

Negando ao paciente um discurso próprio, manipulando-o fisicamente ou utilizando recursos estratégicos para a obtenção de informações, o médico afirmaria sua autoridade, calcada na cientificidade do seu saber, e oposição a “ignorância” do paciente (p.90).

Esta negação da interpretação do sujeito sobre si mesmo é lembrada por Goffman, (2010. *passim*) que lembra a maneira como, dentro das instituições totais, os sujeitos deixam de ter controle sobre sua própria história, além do que chama de “profanação do eu” (p.24), a

---

<sup>65</sup> A carência de lítio é tida pela literatura médica como um dos principais fatores no desenvolvimento de transtornos mentais, tais como a bipolaridade. De acordo com relatos de profissionais da clínica, exames clínicos poderiam apontar a carência e auxiliar no tratamento e no controle deste tipo de transtornos.

partir das sucessivas investidas da instituição em romper com interpretações e relações do indivíduo com seu mundo (inclusive, e sobretudo, o social, que paradoxalmente quer reestabelecer). No entanto, se deve lembrar que no caso da clínica-dia, o diagnóstico nem é exclusivamente realizado pelo médico psiquiatra nem o público permite conclusões externas tão facilmente. Recordo de uma das pacientes, logo no início da pesquisa, que questionava seu diagnóstico de dupla ou múltiplas personalidades (conhecido como **transtorno de identidade**), explicando que era natural que em cada contexto social que vivia ela assumisse um perfil de comportamento específico. Na clínica-dia, argumentava, ela era uma, em casa ela era outra, e não havia nada de patológico neste tipo de situação. Acredito que exista, efetivamente, o “caráter pedagógico” (Cardoso, Id.) da medicina com relação aos sujeitos, mas aqui ele é manifestado numa relação médico-paciente ampliada e complexificada pelas relações com outros saberes e pela existência irrevogável de um discurso – que já é dos pacientes – sobre suas patologias, e que, é orientado por perspectivas contemporâneas envolvendo a saúde mental, espiritualidades, terapêuticas alternativas, desenvolvimento pessoal, etc. Mais importante do que isto, acredito, como afirmou Goffman (2010), existe um “potencial maior” das classes mais altas – consubstanciado aqui no tratamento na clínica-dia com a qual pesquisei – em criarem um discurso desintegrador ou desabonador de si próprios sem necessariamente terem acesso a interpretações psiquiátricas (p. 115), o que lhes garante um relativo nível de autonomia com relação ao saber psiquiátrico e um processo de tratamento quase sempre já iniciado quando se aproximam da instituição, simplesmente porque este tipo de prática já se encontra incorporado ao seu “repertório de regras”, como sugeriu Bourdieu (2000: 139).

Logo que entrei na clínica-dia tomei conhecimento de importante formulação de pelo menos uma das terapeutas sobre a distinção entre **doença e personalidade**, que circulava por entre o grupo de TM, que me parece a manifestação do tipo de relação que se constrói com relação a doença mental naquele ambiente. Assim, um paciente atravessando um período de depressão poderia ter como característica de sua personalidade, coincidentemente, traços mais introspectivos, ser mais calmo e, portanto, nem todas as questões referentes ao humor estarem relacionadas a doença diagnosticada. Pacientes mais irritadiços, de opiniões fortes e que geralmente se envolviam em debates na clínica geralmente costumavam apoiar-se neste explicação pois tratava-se de um traço de sua personalidade, a sinceridade, a honestidade, e não de um momento de mania, ou de uma manifestação clínica. Assim, desde o início do tratamento os pacientes são estimulados a *separar o joio do trigo*, buscando sempre distinguir pacientes que estavam **usando** de seus diagnósticos para fabricarem ou exagerarem um ou

outro perfil da doença. Este suposto uso da doença como um escudo, negando coisas que seriam próprias a cada sujeito, sempre foi combatido muito fortemente sobretudo pelos pacientes, que viam nesta postura um ato de covardia perante uma condição já tão estigmatizada de vida.

Ao longo de minha participação da clínica-dia duas categorias se mostraram importantes nas práticas cotidianas e nos discursos que envolviam o tratamento psiquiátrico: **depressão** e **esquizofrenia**. Elas não representam exclusivamente categorias diagnósticas, posto que não são as únicas nem necessariamente as mais prevalentes nas patologias dos pacientes, mas sintetizam aspectos importantes sobre as representações de doença na clínica. Elas aparecem como aspectos centrais de dois grupos classificatórios que se constroem na prática cotidiana da clínica-dia, e desta forma, em torno dela agrupam significados e práticas que remetem a um processo classificatório e de categorização que lhes é particular. Em torno da depressão, assim, são agrupadas experiências que remetem ao estar deprimido, a tristeza, e faz parte deste grupo diagnósticos como o de transtorno bipolar ou transtornos de personalidade. Na esquizofrenia, está a experiência do delírio e da fuga da realidade, que na psiquiatria, é lida a partir do rótulo da psicose. Embora “depressão” e “esquizofrenia” não sejam categorias medicamente tão amplas, do ponto de vista das interações entre os pacientes e suas relações com relação aos diagnósticos oferecidos pela equipe, elas representam a não univocidade das experiências de **tristeza** e **delírio** e não estão limitadas, por esta razão, a um fenômeno facilmente nomeado ou percebido a partir de rótulos, circulando sempre em torno da depressão e da esquizofrenia, como categorias que mobilizam explicações mais amplas. O discurso, como veremos, assume uma importância gigantesca na reflexão em torno destas categorias, na medida em que possibilita a expressão de formas de racionalidade supostamente inerentes aos sujeitos. A ausência da reflexividade posta nos termos das atividades da clínica implica também na reiteração dos diagnósticos, o que caracteriza, por exemplo, de modo diferencial e decisivo o paciente envolvido em cada um destes grupos.

### 3.3.1. Depressão

Quando me aproximei da clínica-dia fazia pouca ideia do perfil das pessoas com as quais conversaria, sobretudo no que dizia respeito aos pacientes. Ainda que imagens do louco construídas ao longo da história dessem conta de criar um imaginário próprio sobre este tipo de sujeitos, qual seja este de pessoas perigosas ou que se comportavam com padrões muito dissonantes dos da sociedade envolvente, eu não pressupunha qualquer tipo específico de

comportamento e, no que tange a este aspecto, me aproximei do campo de maneira bastante aberta. Como argumentei anteriormente, não somente a ideia clássica do louco, construída por distintas representações, não se manifestava naqueles sujeitos, mas os recortes mais gerais do grupo (primordialmente classe, gênero e geração) eram flagrantemente diferentes do que se poderia pressupor. Em primeiro lugar, a população da clínica-dia era composta quase que exclusivamente por pessoas de faixa etária entre 25 e 50 anos. Em segundo lugar, estas pessoas, em idade “produtiva” mediante a sociedade urbano-industrial tinham, além disto, as mais distintas colocações no mercado profissional: professores de nível fundamental e médio, professores universitários, enfermeiros, profissionais liberais, funcionários públicos, aposentados, sendo que somente uma pequena parcela do público era constituída por pessoas com pouca ou nenhuma colocação no mercado ou instrução escolar formal, sendo este grupo composto basicamente por mulheres que não trabalhavam fora do ambiente familiar. E, em terceiro lugar, a distinção entre AD e TM, como foi apontado anteriormente, sempre se mostrava atravessada por distintos discursos ou recortes sociológicos relevantes, tais como o fato de no grupo AD haver uma prevalência de homens, ao passo que no grupo TM haveria uma prevalência de mulheres, ou então nas diferenças de tratamento empreendidas pela equipe profissional para cada grupo e no tipo de diagnósticos que circulavam por cada ambiente.

É, portanto, de uma outra loucura que se está falando neste contexto, uma loucura que não se manifesta, entre outros, a partir da agressividade e que não implica (somente) em perda de referenciais da realidade e que não implica na não participação do mercado de trabalho, da vida em família, da religião. Não sendo caracterizada exclusivamente por um comportamento ou outro específico, acredito que existe neste conceito de loucura que tenho tentado explicitar, um potencial muito maior de manifestação em distintas esferas. Isto é, ao buscar uma concepção do sofrimento psíquico que não se remeta a supostos estereótipos de loucura – como é argumentado pelos autores da reforma psiquiátrica que apresentei – existe uma ampliação da noção de tratamento e de terapêutica. Isto não amplia somente, no entanto, o campo de terapêuticas possíveis mas o campo de sujeitos possíveis de serem implicados no tratamento proposto e, mais que isto, o grupo de esferas medicalizáveis, seja a família, ou o trabalho. Embora simplista esta percepção da relação entre o tratamento e as dinâmicas sociais explicita o que foi a opinião de muitos pacientes ao longo da pesquisa de campo, de que “ninguém é normal”, que “qualquer pessoa nesta sociedade é passível de tratamento”.

Como foi explicitado ao longo do texto, o tratamento empreendido na clínica busca evidenciar que o sofrimento psíquico deve ser combatido dentro das próprias relações sociais,

buscando nelas suporte existencial, uma vez que o ser humano seria eminentemente social e construído por estas relações. Ao mesmo tempo investe-se no dismantelamento da própria noção de loucura que perpassa a constituição das instituições psiquiátricas clássicas e que seria caracterizada, na perspectiva adotada pelos críticos deste sistema, pelos maus tratos aos pacientes, pela perda da dignidade de ser humano, entre outros. Este dismantelamento é acompanhado pelo surgimento de categorias diagnósticas e de representação da doença, tais como a noção nativa de psicossocial, que consideram a doença no cruzamento entre o biológico e o psicológico, entre o problema da adaptação social e a identidade pessoal. Em suma, fala-se o tempo inteiro de uma invisibilização da loucura como patologia explicitamente estigmatizada e de um investimento na *notoriedade* da “loucura” como problema relacional, cotidiano, ao qual todos estão sujeitos.

A categoria, ou grupo de categorias, que em minha perspectiva parece explicar esta invisibilidade e, ao mesmo tempo, permitir a coexistência da relação social geral (a vida social do indivíduo) com um diagnóstico médico é, pensando no caso da clínica-dia, a **depressão**. Isto é, se o processo de medicalização no período estudado por Foucault e Goffman, por exemplo, implicam na segregação e na associação do trabalho médico com uma perspectiva ao mesmo tempo castradora e moralizante, no novo paradigma de psiquiatria, a doença não está mais circunscrita ao hospital e à não produtividade do sujeito, mas com ele onde ele estiver, no trabalho ou na família. A depressão é um dos principais argumentos a partir dos quais os sujeitos da clínica-dia falam sobre si mesmos e, também, o principal diagnóstico realizado pela equipe. Ela deve ser compreendida aqui, segundo relatam meus interlocutores, basicamente como **tristeza; dificuldade para fazer coisas cotidianas; “falta de vontade”; sono; preguiça; em suma, um estado de bastante letargia, quase sempre acompanhado de vontade de chorar e de se isolar do convívio social**. Ela aparece tanto como um motivo originário de itinerários terapêuticos vinculados à saúde mental quanto como uma maneira de fornecer uma explicação do sujeito para doenças correntes. Isto é, a) o indivíduo nunca teria lido sua trajetória a partir desta categoria mas, a partir do diagnóstico, teria dado início a um processo de investigação sobre a doença, sobre sua própria história pessoal e, por fim, do tratamento psíquico e; b) o sujeito pode apresentar a depressão há já muitos anos e ainda não saber, como é o caso de muitos pacientes da clínica, que afirmam já terem **tristeza e choradeira** desde muito pequenos ou desde que experienciaram, situações que julgam ter abalado sua saúde mental (mortes, acidentes, frustrações amorosas, etc), portanto explicando um quadro atual a partir de experiências passadas e significando uma trajetória a partir do diagnóstico. A aceitação do diagnóstico, somando-o a um grupo de

práticas ou de situações existenciais específicas, parece ser resultado, de um lado, da crença destes sujeitos no aparato psiquiátrico, e também, pensando no caso dos pacientes desta clínica-dia, da própria construção social da relevância do desenvolvimento pessoal e da “sanidade mental” que pode ser encontrada a partir dos pertencimentos de classe destes sujeitos. Eventos depressivos não percebidos pelos pacientes, também são muito comumente narrados na clínica, pois poderiam não ter sido lidos como traumáticos imediatamente – quase sempre por incapacidade do sujeito, de acordo com eles próprios – o que acarretaria o crescimento de uma depressão ou um “começo da doença”. A depressão, assim, seria uma primeira manifestação de doenças mais graves, uma queixa que esconde na essência do sujeito uma dificuldade psicológica específica, um trauma desconhecido, uma fraqueza pessoal, que só pode ser conhecida a partir de um processo psicoterapêutico formal, a partir do qual o sujeito passaria a estar refletindo mais sistematicamente sobre a própria vida e, muito importante, sob os auspícios de um profissional. Também aqui o sujeito as vezes pecaria por não ser atento com sua própria pessoalidade pois ao não começar a **tratar a depressão** desde o início ele mesmo daria espaço para que outras questões surgissem e agravassem o caso.

Acredito, neste sentido, como afirma Giberto Velho (2008) que a relação entre a performance pessoal dos pacientes em interações sociais e o “conjunto de símbolos” que atravessam suas existências constituam estratégias importante para compreender as relações da clínica (p. 15). Vê-se, por exemplo, que a leitura do tratamento em saúde mental como um projeto de melhora de condições específicas de vida; de descoberta individual sobre caminhos e quereres íntimos do eu; ou a interpretação religiosa, apontada na segunda sessão do trabalho, conferem ao tratamento na clínica uma experiência pessoal do contato com a instituição psiquiátrica não como estigmatizante, mas como reforçadora de um processo pessoal de busca de conhecimentos e de auto-realização. Um dos significados que é compartilhado por um grande número de pacientes da clínica é a ideia de depressão não como um ente biológico acabado, mas como resultado de atitudes e decisões erradas dos sujeitos, que desaguiariam na construção de um perfil anatomo-patológico para a doença. É assim que, muitos destes pacientes chegam a clínica-dia já com uma leitura ampla e multi-referenciada sobre os erros e acertos de suas trajetórias e compreendem o diagnóstico de transtornos de personalidade, afetivos, bipolares, etc, a partir de uma compreensão – representada em seus grupos sociais mais amplos – de que tal ou qual comportamento conduziria a depressão. Não significa que o paciente se auto-diagnostique e se conforme com seu status, pelo contrário, a confirmação médica destas situações é sempre acompanhada pela crítica, dúvida e sofrimento.



Significa que, no caso dos pacientes que leem suas trajetórias passadas a partir da chave do diagnóstico atual, atua nesta decisão uma existência pregressa de representações sobre sofrimento psíquico e sobre desenvolvimento pessoal em suas trajetórias sociais mais gerais.

Como sugere Velho (Id.), também, não é possível dizer que pertencimentos de classe específicos determinem de modo fatalista a percepção dos indivíduos sobre o mundo, uma vez que existem variáveis sociais importantes atuando na vida das pessoas ao longo de suas vidas (p.20). Desta maneira, a despeito de uma forte racionalização da depressão a partir das experiências pessoais a confirmação do diagnóstico também traz um *perfil químico da doença* que atribui igualmente um valor para a experiência do depressivo. Ao passo que afirmar possuir a depressão há muitos anos (“desde pequena(o), quando chorava muito”; “quando perdi pai/mãe”) pode aparecer de maneira positiva nas narrativas daqueles que vivenciam tais experiências, por parte de outros pacientes a depressão só é real na medida em que pode ser tratada com medicamentos. Isto é, se os medicamentos tomados não conduzem a uma melhora então os discursos sobre experiências passadas são deslegitimados por membros do grupo, pois mesmo existindo há muito tempo, com o início do tratamento químico o sujeito precisaria, necessariamente, deixar de sentir depressivo. A depressão **real**, portanto, é aquela que pode ser diagnosticada, tratada e resultar em um resultado visível e confirmado pelo paciente, o que garantirá uma percepção positiva do grupo em geral com relação ao indivíduo – que não incorrerá na classificação de **falso** ou **mentiroso**, por **brincar** com a doença.

A manipulação da doença sempre foi severamente combatida por todos os pacientes, que julgavam ser esta uma prova de falta de honestidade e um desrespeito com aqueles que **realmente** tinham a doença. No entanto, do ponto de vista mais prático, a depressão e os distintos transtornos que fazem parte deste mesmo grupo, são constantemente manipulados nas interações cotidianas. Se busca fazer com que a depressão seja ao mesmo tempo origem e consequência dos comportamentos ditos errados dos indivíduos: “se faço isto é porque tenho depressão”; “este comportamento vai me levar à depressão”. De posse deste tipo de explicações uma grande variedade de comportamentos (apatia, tristeza, euforia,...) se tornam maneiras de evidenciar um quadro específico ou de solicitar regalias específica da equipe, tais como não participar das atividades ou dispensa da participação diária.

As terapias que considero aqui como sendo de fala são o principal tipo de atividades para os pacientes que se encontram classificados no rol de patologias associadas com a depressão (no caso da clínica, principalmente transtorno afetivo bipolar, transtornos de personalidade e identidade). Neste grupo de pacientes as atividades terapêuticas tem como característica a discussão sobre aspectos da trajetória pessoal de cada um e uma intensa

consideração de critérios tidos como identitários (autonomia, cidadania, entre outros) na busca de melhora. A grande totalidade das atividades da clínica é voltada para este aspecto discursivo e, neste sentido, depende quase que integralmente de sujeitos que a) sejam percebidos como capazes de responder positivamente a este tipo de investimento terapêutico e, b) que efetivamente participem das atividades. Consequentemente, a depressão e doenças correlatas acabam se tornando uma maneira central de referenciar o principal “problema” para o qual se dirigem as oficinas: resgatar pessoas desmotivadas, propor reflexões sobre a vida íntima de cada um,

O psicólogo Ángel Aguirre Batzán (2008), no texto “Antropología de la depresión” afirma que a depressão seria um fenômeno universal mas que sua incidência é desigual em função do perfil cultural diferenciado das sociedades (p. 566). O autor vai além e também afirma que no caso da sociedade ocidental a questão cultural que faz acionar o problema da depressão é o individualismo crescente em nosso meio, o que conduziria igualmente ao fenômeno da drogadição. Gostaria de me opor a esta leitura da depressão como um ente (biológico) imutável passível de reinterpretação cultural, como se ela fosse aculturada e atualizada de acordo com o local em que se manifesta. A depressão é tomada, dentro desta perspectiva, por exemplo, como um dado irrefutável – em distintas sociedades e momentos históricos – reelaborado culturalmente ao longo da história. Acredito que no caso da clínica-dia, o problema biológico latente seja um dos menores problemas a serem enfrentados pelos pacientes, isto face às grandes perdas sociais e dificuldades sociais envolvidas com o diagnóstico e, posteriormente, com a vida do sujeito considerado depressivo.

Goffman (2010: 115) afirma, categoricamente, ao descrever a vida de “pré-paciente” dos hospitais psiquiátricos e, não faltam exemplos ao longo do texto que provam isto, que o momento da crise ou a percepção de “perder a cabeça” é um fenômeno baseado em estereótipos culturais definidos socialmente. A significação que obtém determinados sintomas, a partir de construtos sociais, é o que dá uma tonalidade mais ou menos “doente” ao diagnóstico: ouvir vozes, ter sensações anormais, ver coisas, sentir-se perseguido, sentir-se deprimido, a intensidade e regularidade com a qual se chora, período de luto, características da trajetória, entre tantos outros aspectos. Portanto, ao lado de um processo de especialização no diagnóstico, que acompanha a reforma psiquiátrica, existe um conhecimento próprio das pessoas em geral, um conhecimento público e representado cotidianamente, sobre o que é “ser depressivo” e o que implica “ser anormal” em nossa sociedade. Voltamos aqui, neste sentido, a uma explicação essencial da antropologia da saúde, que diz respeito à irrefutável construção social das patologias e a sua conexão com padrões sociais.

### 3.3.2. Esquizofrenia.

Em sua tese de doutorado em antropologia, a pesquisadora Ana Venâncio afirma que ao longo de sua pesquisa envolvendo a noção de pessoa moderna e a formação do saber psiquiátrico, a esquizofrenia havia se mostrado a categoria diagnóstica mais presente na instituição psiquiátrica que pesquisara (cf. VENANCIO, 1998). Na clínica onde pesquisei, a esquizofrenia era um diagnóstico de poucos pacientes e a terminologia não circulava tanto quanto a depressão ou os transtornos de personalidade, conforme argumentei no item anterior. No entanto, existe um grande espectro de patologias possíveis quando se considera conjuntamente o campo da psicose (como a esquizofrenia) e o campo dos transtornos afetivos (depressão e afins): são possíveis diversos níveis de psicose, sendo a esquizofrenia uma de suas manifestações, e existem patologias caracterizadas como depressões mas com perfis esquizofrênicos ou psicóticos. Gostaria de me deter aqui na classificação mais comum de esquizofrenia, pensando nas características dela quando circula na clínica-dia, qual sejam a **desconexão do sujeito com a realidade, dificuldade de vinculação a problemas cotidianos, não encadeamento lógico de discursos e práticas, existência de delírios visuais, auditivos, sensoriais** entre outros. Existem questões importantes a serem compreendidas com relação a participação do sujeito considerado esquizofrênico, assim classificado, nas atividades da clínica, bem como em que medida elas se distanciam e se aproximam das questões terapêuticas da instituição e das abordagens com relação a outras doenças tratadas no mesmo ambiente. Sugiro aqui, que aspectos da vida do esquizofrênico dentro da clínica-dia, possam ser entendidos a partir da maneira pela qual, nas atividades que descrevi anteriormente – sobretudo naquelas de fala – os pacientes considerados esquizofrênicos são abordados por outros pacientes e pelos terapeutas e como eles participam destas atividades.

No final do campo quando participei de um dos encontros do grupo de psicodrama – o mesmo que descrevi anteriormente – a explicação da terapeuta, para que as pessoas pudessem compreender como funcionava a ideia de teatro espontâneo foi uma comparação com deus: “podemos dramatizar qualquer coisa, os anjos, até deus!”. Ao falar isto, um dos pacientes, Alberto, de aproximadamente 50 anos, considerado esquizofrênico, em tratamento segundo ele há mais de 20 anos, e também um dos poucos de quem se fala com absoluta certeza do diagnóstico – tanto pela equipe quanto por outros pacientes – afirma: “Deus, meu pai, nasceu

na Alemanha e se chama Lúcido”. A afirmação, que combinava uma série de elementos capazes de gerar diversas discussões, imediatamente causou uma reação no restante do grupo, que riu das afirmações de Alberto, acharam os comentários estranhos, ou fizeram pouco caso de sua argumentação. A terapeuta, então, pediu pra que todos se acalmassem afirmando que este era o jeito através do qual Alberto falava de seu mundo, que este *era* seu mundo. Em resposta, um outro paciente, Isaque, de aproximadamente 50 anos, considerado pela equipe como bipolar com transtorno esquizoafetivo<sup>66</sup>, afirma que um provérbio antigo explicava a situação momentânea envolvendo a argumentação de Alberto, “Não se pode agradar à gregos e troianos”. Alberto responde novamente, então, em meio a um breve momento de concordância geral com relação ao comentário de Isaque, que “os gregos também são espaciais, tem as olimpíadas, os deuses,...”. A afirmação encerra a breve conversa e a terapeuta continua sua explicação. Após este momento não existe mais nenhuma discussão que remeta novamente as questões levantadas por Alberto e sua fala passa pela chave de leitura “este é seu mundo”, por parte do terapeuta, ou pela indiferença por parte de muitos dos pacientes.

Na ocasião descrita anteriormente, Alberto acabou sequer participando de todo conjunto de atividades propostas naquele momento e, como aconteceu em outras vezes, preferiu ficar na parte externa da clínica fumando ou então caminhando pelo espaço institucional. Outros pacientes considerados esquizofrênicos, quando não deixam de estar no espaço das atividades, deixam de participar das discussões empreendidas nos grupos. Existe uma clara distinção no contexto dos grupos que aqui considero como sendo “de fala” entre os que aderem a uma proposta de “discorrer” sobre suas trajetórias e os que não compreendem o que seria este processo. Os pacientes esquizofrênicos são tomados como estes sujeitos que não conseguem compreender o encadeamento das atividades que lá são realizadas e, em função disto, deixam de participar das atividades da mesma maneira que um paciente, por exemplo, considerado depressivo, participaria.

Nas atividades terapêuticas os esquizofrênicos tendem a ser considerados hierarquicamente inferiores e lida-se com eles da mesma maneira com que geralmente, em nossa sociedade, lidamos com as imprecisões de crianças ou idosos: um sorriso de condescendência, aquiescendo com comentários errados ou julgados ilegítimos; desatenção; indiferença. Em alguns casos acontece também de muitos pacientes estabelecerem relações de disciplinamento com aqueles que não se comunicam de uma maneira habitual, lembrando

---

<sup>66</sup> Paciente que perderia o contato com a realidade, como na esquizofrenia, mas com um transtorno afetivo associado (depressão, bipolaridade,...). <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/s1/89.html>

normas de conduta ou certos acordos e combinados precedentes, como aconteceu em uma de minhas últimas visitas à Clínica-dia, quando já havia terminado a pesquisa de campo. Estava na parte externa da clínica, conversando com Alberto e com uma terceira pessoa, atendida por depressão e transtorno bipolar. Na ocasião, ele havia demonstrado interesse em minha demora para voltar à clínica e dizia que eu estava muito *chic*, com roupas mudadas e de cabelo diferente. O assunto, que pareceu ser trazido no momento errado para a terceira integrante da conversa, então afirma: “Alberto, o que combinamos? Quando a gente está falando de coisas sérias você tem que prestar atenção!”. A reprimenda foi reiterada várias vezes, quando ele dava qualquer indício de mudar os rumos da conversa, ou fazer comentários sobre suas experiências pessoais. Este comportamento é bastante comum e os pacientes esquizofrênicos parecem já possuir uma espécie de socialização específica para “dar bola fora” nas interações cotidianas, como quando pedem desculpas antes de falar ou pedem a palavra por pouco tempo, dizendo que “falariam pouco” para não atrapalhar. Decorre disto que o fato de as categorias diagnósticas não serem publicizadas na clínica não implicam num processo de não identificação dos sujeitos a partir de classificações médicas, como seria o objetivo da reforma, pois os pacientes reconhecem entre si as características ou estereótipos de cada diagnóstico, fazendo com que operem a partir destas categorias em suas interações cotidianas.

Além de considerados como falantes de uma “língua de outro mundo”, eventualmente os esquizofrênicos são tidos como grandes profetas ou críticos do modelo social no qual as pessoas vivem. Ou seja, dentro de sua suposta **ingenuidade** e **incapacidade** de produzirem falas que façam um sentido ou uma conexão usual, eles acabariam produzindo explicações que, ainda que enigmaticamente ou metaforicamente obscurecidas pela maneira com que falam, denunciariam as dificuldades e as grandes verdades do ser humano. Esta forma de ver o esquizofrênico daria uma outra coloração para as relações com estes indivíduos, qual seja a de um respeito por estas opiniões “escondidas” e pela sanidade que, no fundo, estaria inabalada em algum recôndito espaço do ser.

Existe, assim, uma espécie de aceitação incompleta do padrão comunicacional através do qual os sujeitos considerados esquizofrênicos se manifestam no ambiente da clínica. Este aspecto é o cerne da teorização em torno da psiquiatria e da esquizofrenia, respectivamente tratados em *Communication: the social matrix of psychiatry* (RUESCH & BATESON, 1951) e em *Toward a theory of schizophrenia* (BATESON, *et al*, 1956). Nesta etapa da produção acadêmica de Bateson o autor é vinculado a um grupo de pesquisadores fundado na década de 1950, conhecido como **colégio invisível**, no qual se propunha realizar uma nova leitura do fenômeno da comunicação a partir de uma investigação multidisciplinar (Lana, 2008: 236).

Pesquisadores como Erving Goffman fizeram parte do grupo, o que aponta para uma relação muito estreita entre o estilo sociológico do autor e a proposição teórica em torno da comunicação feita por Bateson. Grande parte da discussão está centrada na tentativa de realizar uma conceitualização de eventos interpessoais e psicoterapêuticos a partir da “estrutura/contexto” (*framework*) de uma situação social dada, fazendo com que aspectos comunicacionais envolvidos numa situação qualquer possam ser compreendidos ou contextualizados a partir da própria organização dos elementos sociais dados na situação. Mais do que isto, os autores investem numa tentativa de ampliar a compreensão que se tem da “comunicação”, não reduzida somente a uma qualidade ou potencialidade humana, mas entendida como um aspecto complexo das relações sociais e que possui distintas esferas e desdobramentos na vida dos indivíduos. A ideia de matriz social, neste sentido, está relacionado com um sistema científico maior (*larger scientific system*) do qual tanto pacientes quanto psiquiatras fazem parte e, do qual, no “sistema menor” – das relações entre eles – não se é possível ter consciência. A relação entre “a parte e o todo”, como chamam os autores, é uma constante no próprio saber médico e psiquiátrico, e distintas disciplinas se envolvem com a descrição do que seriam estas “pequenas partes” do sistema maior, nunca obtendo uma visão ampla maior do que a das partes individualizadas. Os autores propõe, então, utilizar um único sistema (*single system*) para facilitar a compreensão dos múltiplos aspectos do comportamento humano, a **comunicação**, que explicaria na perspectiva dos autores tanto questões físicas quanto culturais, interpessoais e intrapessoais do ser humano (1951: 03-05). A psiquiatria serviria, este contexto, para demonstrar a relevância da questão da comunicação e do *single system*.

O que nos interessa mais diretamente aqui é a demonstração dos autores de que, como ocorre em toda a Escola de Chicago, existe, a partir do processo comunicativo, uma constante relação de influências entre os distintos agentes o que ressalta, conforme Lana (2008) a “dinâmica interativa entre os indivíduos que, diante uns dos outros, percebem seus próprios atos, recebem impressões, modificam/moldam ações e retêm informações para ações futuras” (p.239). Os autores ressaltam, na abertura do livro, que a psiquiatria – assim como a psicoterapia – quase sempre se ocupam de problemas que são, no seu limiar, comunicativos ou, como afirmam, “disturbances of communication (p.03). O sistema psiquiátrico, neste sentido, se ocuparia de problemas comunicacionais e operaria – em tratamentos – a partir de modelos influenciados por estas perspectivas, o que os levaria a conceituar a terapia psiquiátrica da seguinte maneira:

Psychiatric therapy aims at improving the communication system of the patient. The neurophysiologist, neurologist, and neurosurgeon endeavor to improve the internal communication apparatus of the patient on a technical level, while the psychotherapist aims at restoring a broken-down system of interpersonal communication on a semantic or interaction level. This is achieved either by reducing the number of incoming messages and preventing jamming, or by increasing the number of messages in transit and preventing isolation and starvation. Once communication of the patient with the self and with others has improved, correction and self-correction of the information provide the foundations for a change in the conduct of patient (RUESCH & BATESON, 1951: 19).

Nota-se, portanto, que naquilo que diz respeito a psiquiatria o problema principal no qual, a partir da década de 1950 (coincidindo, relativamente, portanto com propostas de reforma psiquiátrica por todo o mundo) este saber passaria a operar, está na comunicação dos sujeitos, o que corrobora todo o estilo no qual se baseia o fazer psiquiátrico contemporâneo, sobretudo este mais conectado com as práticas do que se convencionou chamar de psicossocial. Os autores apontam, portanto, de modo incontestável, a relação entre psiquiatria e cultura, fato que interessa muito a ser considerado nesta dissertação dado o contexto de pesquisa. Existe, ainda, no entanto, a questão sobre como a comunicação interessa aos pacientes da clínica.

Como afirmei anteriormente, existe uma espécie de não aceitação completa do padrão comunicacional a partir do qual os pacientes considerados esquizofrênicos se expressam na clínica-dia. Ou seja, a maneira com que frequentemente se manifestam não gera uma situação de interlocução efetiva, onde se compartilha a compreensão de mensagens e informações. Sujeitos considerados esquizofrênicos, na perspectiva de Bateson *et al* (1956) possuem uma “fraqueza” no processo de distinção/discriminação de “modos comunicacionais dele consigo mesmo ou dele com relação a outros (p. 252). Esta fraqueza seria originada, segundo Bateson (1956) como consequência de exposição recorrente a situações onde os indivíduos viveriam experiências em que o aspecto comunicacional e metacomunicacional de uma fala dada não são bem compreendidos ou distinguidos com acuidade pelo receptor, situação chamada pelos autores como sendo *duplo vínculo* ou *duplo constrangimento* (*double bind experiences*). Situações, no seio de relações familiares, em distintas esferas (discursivas, abstratas, comportamentais), como “se você não fizer como digo, você será castigado” ou “não faça como digo e será castigado” (p. 243); expressões corporais não condizentes com expressões discursivas; comentários como “não me veja como um *vilão*”; promessas de amor e de carinho, em troca de bons comportamentos (p.254), estariam na origem do duplo vínculo.

O duplo vínculo, por sua vez, estaria na origem de sintomas do que geralmente se considera como esquizofrenia e aconteceriam primordialmente dentro de contextos familiares,

com prevalência de relações entre mães/pais e filhos. Os autores pressupõe, entre outras questões uma prevalência do “contexto” (p.253) e, neste sentido, das relações sociais vivenciadas pelos sujeitos, na determinação de uma identidade patológica esquizofrênica. Assim sendo, para que um certo tipo de padrão comunicacional como o esquizofrênico se estabeleça é crucial que o indivíduo esteja exposto a um ambiente onde esta realidade seja, de certa forma, comum e que o duplo vínculo seja internalizado como padrão comunicacional, portanto num processo de socialização específico. A sucessão de discursos de duplo vínculo, por sua vez, entraria em conflito com uma habilidade comunicacional, tomada como inerente ao humano pelos autores, que seria a habilidade de distinguir entre “tipos lógicos” e/ou de uma existência tácita de descontinuidades lógicas entre uma classe e seus membros. O sujeito considerado esquizofrênico, possuidor desta particularidade no que tange a sua compreensão das mensagens de outros interlocutores, teria como saída lógica da não habilidade de comunicar-se no nível habitual, a criação de explicações metafóricas e toda vez em que colocado na mira de situações paradoxais (como a recepção de duas ordens que aparentemente se excluem mutuamente), do ponto de vista de sua compreensão dos padrões comunicacionais, ele terá dificuldades de distinguir entre o que é “real” e o que é metafórico, optando por questões de segurança por desenvolvimentos metafóricos em sua comunicação (cf. Bateson, *et al*, p. 255).

Ao mesmo tempo, uma vez que não consegue compreender com clareza a natureza de cada discurso estes sujeitos podem tomar excessivamente literalmente as afirmações de outras pessoas, insistindo em compreensões que não estão, a priori, dadas no conteúdo das falas dos interlocutores, como aconteceria com piadas (p. 255). Ao ser questionado por alguém, “O que você gostaria de fazer hoje”, o paciente esquizofrênico, conforme exemplificam os autores, não saberiam julgar a pergunta a partir de seu contexto ou do tom de voz empregado pelo emissor, ou então se esta seria uma acusação referente ao dia anterior ou um convite sexual. (Idem). Como consequência ele desenvolveria uma preocupação gigantesca com os reais significados das mensagens, bem como com possíveis riscos para sua pessoa, tornando-o sempre desconfiado ou mesmo paranoico. (p. 256). Em outras situações a mesma situação de duplo vínculo poderia conduzir a uma indiferença do sujeito com mensagens de fora, uma alheação da realidade efetiva, “vontade de não ouvir” (Idem). Neste sentido, adotar explicações metafóricas ou extremamente literais seriam consequências do duplo vínculo que originaria, por sua vez, um comportamento de não compartilhamento de sinais que indicam a compreensão de uma situação dada.



A teoria de Bateson com relação aos padrões comunicacionais dos pacientes considerados esquizofrênicos foi utilizada sobretudo pelo movimento de antipsiquiatria na tentativa de dismantelar explicações biologicistas sobre a esquizofrenia (Amarante, 2007: 53), considerada uma das grandes patologias do mundo psiquiátrico. Apesar disto, a esquizofrenia, pelo menos no contexto da clínica, é tratada basicamente como um transtorno de natureza puramente biológica e abordada, do ponto de vista terapêutico, a partir de medicação. A teoria de duplo vínculo, bem como a noção de uma matriz social em fenômenos reconhecidamente tidos como biológicos, ainda que procurem fundar a ocorrência da esquizofrenia numa matriz propriamente social – portanto, sem relativizar a própria concepção de normal/anormal que perpassa a psiquiatria – são cruciais pois exemplificam de maneira bastante direta a dificuldade corrente de classificação do sujeitos considerados esquizofrênicos. Como afirmei anteriormente, no cotidiano dos pacientes, o que salta aos olhos nas relações entre este tipo de pacientes e os demais sujeitos na clínica é a deslegitimação de suas falas, por parte da equipe e de pacientes não esquizofrênicos; e/ou uma clara diferença na forma com que se comunicam, por parte dos próprios pacientes assim classificados. A consequência direta das explicações dos autores acima me parece, para o caso da clínica-dia, o fato de que o tipo de discurso terapêutico adotado pela reforma psiquiátrica e implantado na clínica não se coaduna com esta particularidade dos pacientes considerados esquizofrênicos. Diferentemente dos pacientes depressivos o tratamento com esquizofrênicos não se vincula claramente com o deslindamento de “imprecisões interpretativas” sobre a vida pessoal do sujeito – o que poderia ser considerado como principal objetivo das atividades **de fala**: abordar discursivamente, atacar por meio de interpretações os problemas vistos como morais/psicológicos. Além desta relação truncada entre uma terapia discursiva para pacientes que são desautorizados cotidianamente em seus discursos, como destacou Cardoso (2002), a esquizofrenia também é considerada, do ponto de vista da psiquiatria, como uma doença *anidéica*, isto é, inerentemente considerada como patologia que implica no não obediência de sequências lógicas de ideias (p. 98). O que está em jogo nesta patologia, portanto, para além dos delírios sensoriais e auditivos – considerados sintomas típicos das pessoas consideradas esquizofrênicas – é a carência de encadeamento lógico que o discurso apresenta. O que se aponta é, muito diretamente, neste sentido, a relevância que o discurso, como realidade ordenadora das experiências humanas, como organizador da própria noção de “eu”, assume no tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico.

#### 4. EM BUSCA DO SOCIAL

Próximo do final do campo, numa das reuniões de equipe, um dos principais problemas discutidos pelo grupo de terapeutas e técnicos dizia respeito ao futuro da clínica-dia e os projetos adotados nos anos que se seguiriam. Neste período o projeto principal dizia respeito à uma transformação, a longo prazo, da clínica-dia num **ponto de referência** para o tratamento em saúde mental, deixando de ser ela própria um **espaço de tratamento** – entendido como unidade médica de cuidado e hospitalização – para se tornar um apoio, ao lado de outros pontos em uma grande **rede**, onde a saúde mental seria **produzida**. Como afirmei anteriormente, na última década a instituição na qual pesquisei passou por diversas reestruturações que conduziram, entre outros, a) à adoção de práticas da reforma psiquiátrica; b) para a modificação constante do quadro profissional e, c) em função de questões de natureza política institucional, para a própria venda do espaço onde o hospital estava localizado há pelo menos cinquenta anos. Estas transformações foram o pano de fundo mais concreto a partir do qual pude lidar com a instituição e, compreendê-la neste período de adaptação, foi também um desafio da etnografia. O que a equipe entendia pela reforma psiquiátrica, que planos tinham para estruturação do projeto terapêutico, bem como, se os distintos profissionais concordavam nos paradigmas adotados para o tratamento, portanto, foram realidades que se alteraram significativamente ao longo do campo, demonstrando uma busca constante da instituição por adotar um paradigma mais adequado ao que sempre chamaram de um **ponto de vista mais humano** no tratamento em saúde mental.<sup>67</sup>

Mais do que isto, porém, nos últimos meses de campo estas discussões se intensificaram de tal maneira que um dos psicólogos da equipe insistia em que todos deveriam compreender os complexos processos burocráticos e legais que haviam conduzido a saúde mental para que a reestruturação em processo fosse efetiva e, chegava-se a sugerir que todos deveriam fazer o máximo para compreender teoricamente os sentidos da reforma para então colocá-la em prática. Mais do que a questão da reforma, a clínica-dia, no período em que estive em contato com seus membros, esteve sempre as ameias com um projeto de tornar-se o que chamavam de **clínica ampliada**; que segundo o Ministério da Saúde<sup>68</sup> envolve distintas esferas, que vão desde uma maior compreensão do fenômeno saúde-doença até o compartilhamento da decisão diagnóstica e das investidas terapêuticas no contexto da clínica,

<sup>67</sup> Esta busca pela humanização do tratamento, ainda que não totalmente defendida pela integralidade dos profissionais, é uma marca do discurso mais amplo a partir do qual se justifica a busca por distintas terapêuticas.

<sup>68</sup> Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clínica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clínica_ampliada_compartilhada.pdf). Acessado em 28/08/2013.

pensando na diluição de barreiras profissionais e na compreensão de saúde e doença como um processo social, do qual fazem parte distintas esferas do humano. O chamado tratamento mais humano, neste sentido, pode ser lido tanto como uma manifestação das propostas contidas nas políticas públicas com relação a saúde, como a concretização – do ponto de vista da equipe profissional – de aspectos específicos desta política, que implicam diretamente na transformação do atendimento psiquiátrico; isto é, origem e resultado, ao mesmo tempo, da reforma psiquiátrica.

Um aspecto crucial do documento mencionado anteriormente, apenas um exemplo da grande quantidade de materiais didáticos e informativos produzidos neste campo, diz respeito a uma **ampliação do objeto** de trabalho dos profissionais envolvidos com a clínica, tendo em vista que a clínica ampliada se vincula, como o nome sugere, a um alargamento das fronteiras profissionais, de trabalho e de compreensão do processo de saúde doença. De tom humanista, o texto sugere que não se trabalhe meramente com “procedimentos” ou “etapas” do tratamento, mas com “pessoas” efetivas e, mais, com suas existências concretas e, em um termo, sociais. Ser uma pessoa **efetiva**, neste contexto, da mesma forma como na clínica-dia, é ser em relação com a sociedade, possuir relações sociais. É importante, neste sentido, o seguinte trecho do documento:

As doenças, as epidemias, os problemas sociais acontecem em pessoas e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas (...). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009: 16)

Ao abordar grupos de pessoas, e as próprias pessoas como possuidoras de uma complexidade que lhes é própria, o tratamento na clínica ampliada teria como objeto não fragmentos do humano, mas o humano em sua integralidade, mensagem que foi endereçada a mim em distintos momentos durante a pesquisa de campo. Esta integralidade está vinculada a uma compreensão de aspectos sociais; a uma busca do sujeito dentro de seus contextos e; ao tratamento como prática que considera a socialidade dos indivíduos, sintetizado na necessidade de “pensar o objeto de trabalho como um todo em interação com seu meio”, como uma “proposta” e um “desafio” desta modalidade de clínica. (Idem, p.17).

Em minha pesquisa de campo, alguns aspectos se mostraram sempre tangenciados pelos interlocutores e se agrupam em torno dele quase que a totalidade das práticas e discursos que dizem respeito ao tratamento e a expectativa de melhora dos sujeitos. Eles podem ser agrupados em torno de três grandes temas: família e gênero; trabalho e renda, e; religiões; e, de minha perspectiva, ilustram o grande projeto de “busca do social” que o

trabalho nos moldes de ampliação e de rede acabam implicando nas práticas cotidianas. A reestruturação das práticas da saúde mental tem como consequência a cooptação de uma nova gama de “desajustados” que a sociedade produz e estas novas questões – embora não tão novas, como veremos – podem ser pensadas, no caso da clínica-dia, a partir destes três temas. Tento apontar nos tópicos seguintes as múltiplas interpretações e leituras que os três temas recebem dentro da clínica-dia e como eles implicam numa discussão sempre sobre comportamentos e posturas individuais e as relações destes padrões com a produção ou não de saúde mental.

#### **4.1. Família e Gênero**

O número de mulheres que participam da clínica-dia, sobretudo no segmento de Transtorno Mental, sempre sobrepujou o número de homens ao longo da pesquisa de campo. Historicamente, esta participação diferencial está relacionada com clivagens de gênero no âmago do próprio saber psiquiátrico, que ao participar da onda modernizadora engendrada no final do século XVIII, teria se voltado primordialmente para padrões de comportamento de homens e mulheres. Mulheres, neste período, teriam se tornado o principal alvo de instituições psiquiátricas (cf. Wadi, 2006) e sobre elas teria recaído fortemente o potencial normalizador que a medicina de modo geral teria conquistado. A bibliografia sobre a temática é unânime em afirmar que o grande processo de mudanças políticas, sociais e culturais pelo qual passa o Brasil a partir do século XIX<sup>69</sup> está na base do processo de medicalização da condição feminina neste período. A mulher foi pensada pela medicina psiquiátrica deste período como mais propensa do que o homem a desenvolver uma variada gama de transtornos exatamente em função de uma compreensão anatomo-fisiológica sobre o corpo feminino, possuidor de uma série de características (menstruação e gravidez, por exemplo) consideradas fontes de adoecimento mental. Ao homem, na mesma direção, embora de maneira menos evidente, recairia um problema claro com o rompimento de padrões sociais pensados para o papal masculino na sociedade (trabalhar, sustentar a família,...) e diagnósticos de loucura estariam associados com trajetórias boêmias ou com a ocorrência de experiências homossexuais.

Na clínica-dia, discursos sobre gênero e família sempre foram muito comuns e, ainda que revestidos de um discurso de proteção da diversidade e da crítica em torno aos efeitos

---

<sup>69</sup> Conferir Cunha, 1986; Engel, 2008; Wadi, 2006, 2011.

normatizadores da medicina psiquiátrica, pouca discussão era efetuada na direção de uma compreensão de padrões de gênero existentes na sociedade ocidental, fazendo com que aspectos de gênero sempre fossem tratados como inerentes ao humano e que homens e mulheres, em favor de sua própria saúde mental, deveriam aceitar características socioafetivas de cada um destes papéis. No caso da oficina de gênero, conforme argumentado anteriormente, a principal matéria da discussão era em torno destas características básicas e imutáveis de homens e mulheres. O espaço da oficina tinha sempre como objetivo criar um canal através do qual cada grupo poderia reclamar abertamente sobre coisas que lhes incomodavam no grupo oposto. Neste sentido, na clínica, o acesso a uma percepção do gênero como categoria através da qual se desenvolvem relações de poder e a partir da qual se podem decodificar significados sobre as relações humanas, como argumentou Scott (1990), nunca foi uma realidade das práticas terapêuticas, muito embora esta amplitude compreensiva estivesse sempre presente nos pressupostos da reforma psiquiátrica e circulasse, indistintamente, pela produção de um grande número de pesquisadores deste campo.

Não se trata, neste espaço, de um estudo de gênero sobre estas manifestações, mas a percepção de que é possível agrupar uma quantidade razoável de narrativas sobre adoecimento mental em torno destas categorias. Tomando estas categorias como possíveis focos nos quais estão centradas discussões cotidianas na clínica, é possível observar que elas são, a rigor, duas das principais maneiras através das quais os pacientes explicam o início de um itinerário terapêutico na área da saúde mental. Tomo gênero e família, neste sentido, como categorias centrais em torno das quais se pode perceber interações e identidades sendo produzidas na clínica-dia e, mais importante, como permeando as relações que os pacientes produzem entre sua compreensão de problemas desta natureza e problemas de saúde mental. Este tipo de situações podem ser, em sua maioria, vinculados estritamente às mulheres, pelo menos na medida em que estas reclamações se transformam em aspectos de Projetos Terapêuticos Singulares ou aspectos a partir dos quais a estrutura terapêutica da clínica pode atuar. Isto é, alguns homens também possuíam reclamações voltadas para este tipo de discussões, mas era mais raro ver estes problemas serem discutidos com a mesma intensidade que com as mulheres.

Um dos primeiros núcleos a partir dos quais se pode perceber este tipo de questões está na experiência de traições e/ ou abandonos familiares. Marta, de aproximadamente 50 anos, atendida na clínica no segmento de Transtorno Mental, deu entrada na instituição por volta da metade do período em que estive na clínica. Sua vinculação ao hospital se deu, de acordo com sua fala, em função da traição de seu marido, que após várias décadas de

casamento havia decidido unir-se a outra pessoa. A decisão, de acordo com ela, não seria tão dolorida caso não tivesse permanecido durante diversos anos na obscuridade, julgando a partir disto uma falta de honestidade e de respeito na postura do ex-marido, que com ela possuía dois filhos. Cinco anos antes da separação definitiva, no entanto, Marta teria tomado conhecimento da situação e, não obstante, teriam decidido – ela e o marido – na continuidade do matrimônio, a fim de proteger os filhos e o amor que ela sentia. Neste período, paralelamente a esforços frequentes de resgatar o matrimônio ela teria desenvolvido uma depressão, situação que teria culminado com a saída do marido de casa de maneira abrupta e no início do seu período de tratamento psiquiátrico. Outra das pacientes da clínica, Antonia, mesma faixa etária, relata que seu marido nunca a teria deixado trabalhar, seja porque era incorreto que isto acontecesse seja porque era necessário que ela cuidasse dos filhos. Possuidora de dificuldades visuais, que também impossibilitavam seu trabalho, durante o longo casamento ela teria trabalhado durante poucas ocasiões e desenvolvido uma vida voltada para o lar, o marido e os filhos. Repentinamente, como explica, Antonia foi abandonada pelo marido em função do surgimento de outra relação e, durante toda a estadia na clínica, relatava o fato de não ter podido trabalhar (e consequentemente não poder reivindicar direitos junto a instancias trabalhistas) e o fato de não receber amparo do marido, depender de situações, humilhar-se.

Situações como a de Antonia e Marta eram frequentes na clínica e, quase sempre, eram acompanhadas do estresse de decisões judiciais envolvendo filhos e auxílios financeiros, bem como por longas e dificultosas adaptações a novas situações, nas quais segundo elas, *não haveria mais motivos para viver*. Muitas delas, neste sentido, além de amargarem o fato de serem abandonadas sofriam o problema de não saber como se relacionar com o mundo burocrático e com problemas tidos como resolvíveis mediante a atuação, até então, de seus maridos. Quando não a traição, a dificuldade de estabelecer contatos afetivos ou alegada existência de erros na maneira com que algumas pessoas teriam conduzido namoros, casamentos ou relações com pais, mães ou filhos também estavam na origem de problemas psíquicos. Casos em que membros da família haviam falecido: cônjuges, filhos, pais, também eram sempre lembrados como uma maneira de explicar o porquê do surgimento de suas doenças, maneira acompanhada por narrativas intensas sobre rompimentos bruscos em biografias consideradas até então felizes e sadias.

Questões envolvendo a família são, assim, bastante presentes em diversos discursos produzidos na clínica-dia. Tomando como referencia o conteúdo das reclamações, ou a natureza das dificuldades dos pacientes, que sempre se ressentem pelo não cumprimento de

um papel de gênero ou dentro da família que pressupunham essencial – leitura que é reiterada pelas interpretações da clínica, que tematizam o gênero e família como relevantes na determinação de quadros de adoecimento mental – sempre fica explícito que a cura ou o tratamento para estes casos passa pelo desenvolvimento de relações saudáveis no ambiente familiar e, no caso daqueles que estão na clínica em função de divórcios e ou frustrações familiares, na própria tentativa de reconstruir este contexto.

A problemática envolvendo o gênero e as relações familiares não são abordadas pela estrutura terapêutica exclusivamente em atividades específicas, mas por um discurso mais amplo que sugere aos pacientes que se adaptem às condições que são dadas socialmente sem criar expectativas afetivas que possam frustrá-los posteriormente. Apesar da reiteração de papéis de gênero, como afirmei anteriormente, a centralidade conferida ao problema do papel social dos pacientes e as *doenças* que podem surgir do campo afetivo, apontam também para uma reformulação da própria noção de papéis sociais aceitos para homens e mulheres e, diretamente, da própria noção de pessoa envolvida nesta reestruturação. O indivíduo dentro de um relacionamento (afetivo, familiar, conjugal) é concebido tanto como intrinsecamente vinculado aos seus familiares e parceiros(as), quanto como dependente de sua própria capacidade de perceber-se como **único** e de buscar sempre estar em **primeiro lugar**<sup>70</sup>, portanto, da sua própria capacidade de “ser indivíduo”. O conteúdo do diagnóstico e da abordagem terapêutica, que sugerem sempre a busca de um equilíbrio entre expectativas pessoais e coletivas, evidencia a produção de uma tensão com a própria noção de indivíduo (pessoa) que perpassa a constituição destes papéis sociais.

#### 4.2. Trabalho e Renda

Um segundo conjunto de situações era bastante comum nas oficinas de antropologia e, como na oficina de gênero, também se tornava objeto de discussões por parte dos terapeutas e pela estrutura da clínica-dia: o mundo do trabalho e suas relações com o bem-estar pessoal. Como se costuma sugerir no campo da saúde mental, tendo se tornado uma espécie de senso comum, o meio urbano e o estresse cotidiano são considerados como agentes etiológicos importantes do desenvolvimento de depressões e quadros de transtorno mental. Por parte da clínica-dia, na direção deste mesmo tipo de reflexão, espera-se que as terapias conduzidas, em

---

<sup>70</sup> Diz-se com frequência na clínica: “Me dei conta que preciso sempre estar em primeiro lugar! Antes de pai, de mãe, marido, filhos, é a minha opinião que importa”.

todas as direções, possam facilitar o desenvolvimento de uma perspectiva ampla e de projeto na vida dos pacientes, fazendo com que saiam da clínica e possam ter alguma atividade com a qual se envolver. Parte-se do pressuposto, neste sentido, de que o que é relevante no tratamento, isto é, um dos objetivos das atividades empreendidas, seja a evitação da ociosidade e o melhoramento de um perfil produtivo nos pacientes. Por este motivo, muitos dos grupos dos quais participei ao longo do período de clínica tiveram como mote o desenvolvimento de uma compreensão sobre relações no ambiente de trabalho, sobre a importância de se administrar bem o dinheiro dele proveniente, o desenvolvimento de qualidade de vida independentemente do trabalho, entre outras questões.

É importante notar, neste sentido, que ao reproduzir um discurso que centraliza a importância do trabalho, o que aliás se mostra muito comum no ambiente da saúde mental como um todo, acaba-se retomando discursos típicos de outros períodos da história da loucura. O movimento conhecido como “psiquiatria institucional” (Birman & Costa, 1994), um dos primeiros movimentos de reforma, é um dos momentos da assistência psiquiátrica em que se tematizou o trabalho a partir, propriamente, do discurso de desmantelamento da própria instituição asilar. Como chamam Birman & Costa (1994), tratava-se, de evitar o suposto “desperdício de força de trabalho” (p.47) que a grande quantidade de pacientes internados representava para este período, dando-lhes atividades, e com o que fazer, aproveitando sua humanidade – agora reconhecida pela psiquiatria – em grupos então desenvolvidos a partir do rótulo de terapia ocupacional ou outros. A ociosidade, neste contexto, passa a ser vista como um problema e a instituição psiquiátrica – reformadora das personalidades dos sujeitos – deveria propor o retorno ao trabalho como forma de recuperar a saúde mental. Este mesmo tipo de ideologia é o que perpassa o surgimento de hospitais-colônia, modalidade de internamento típica entre o fim do século XVIII e a primeira metade do século XIX, que trazia como objetivos o afastamento dos asilos do ambiente da cidade, considerada originadora de quadro patológicos, para ambientes verdes, calmos. Nos hospitais colônia a junção entre trabalho agrícola e terapêutica era um processo comum e a partir dele esperava-se que o paciente pudesse, novamente, tornar-se um cidadão útil e recobrar a unidade que o ambiente da cidade faria perder (Cf. CUNHA, 1986; WADI & CASAGRANDE, 2011). O trabalho, em suma, esteve presente em distintos momentos da consolidação do saber psiquiátrico e repousa sobre esta categoria, duplamente, uma perspectiva normalizadora – no sentido de que o trabalho é tomado como parte constituinte da vida psíquica (e social) de um ser humano saudável, ausente da experiência de sujeitos em sofrimento psíquico – e, paralelamente, terapêutica, na medida em que opera-se através dele um projeto de cura e tratamento.



Descrevendo elementos que compõe a prática médica a partir dos principais focos de suas atuações, Foucault (2010) afirma que a cura a partir do retorno ao “imediato” se compunha como um elemento crucial de tratamento para sujeitos considerados loucos, pois ela implicava, no limite, a uma própria negação da própria terapêutica – tomada no autor como medidas exteriores ao sujeito. É exemplar, neste sentido, a seguinte citação.

O retorno ao imediato é a terapêutica por excelência porque é a recusa rigorosa da terapêutica. Ele cura na medida em que é o esquecimento de todos os cuidados. É na passividade do homem em relação a si mesmo, no silêncio, que ele impõe a sua arte e a seus artifícios que a natureza desdobra uma atividade que é exatamente recíproca da renúncia. (...) quando o homem se entrega ao medicamento, ele escapa à lei do trabalho que a própria natureza lhe impõe; mergulha no mundo do artifício e da contranatureza, da qual sua loucura é apenas uma das manifestações. É ignorando essa doença e retomando seu lugar na atividade dos seres naturais que o homem, numa aparente passividade que no fundo é apenas uma industriosa fidelidade, consegue sua cura. (FOUCAULT, 2010: 333).

O trabalho é, a partir desta perspectiva um aspecto inerente ao ser humano e a perda do controle desta imanência a partir da própria terapêutica é por si só perniciosa. A terapêutica voltada para o trabalho, expressa fortemente na ideologia dos hospitais colônia e presente de modo crucial nos desenvolvimentos da reforma psiquiátrica do pós-guerra, assume assim uma importante tarefa, que é a de retornar o indivíduo doente aos seus contatos e pertencimentos naturais esquecidos, apresentar-lhe a “cruza”, a imediatez da condição de humano. O imediato, na vida das pessoas, neste sentido deve ser apresentado aos pacientes doentes, porque ele faz parte de uma condição – a normalidade – que se busca alcançar dentro do ambiente de tratamento mental. Tomada como um destino natural – ainda que esta ideia venha a ser combatida em discursos reformistas, defensores da diversidade – o trabalho, como categoria tipicamente *humana* não poderia deixar de fazer parte do rol de atividades de cunho terapêutico.

Na clínica-dia, o trabalho ocupa um grande espaço das atividades cotidianas e dos discursos dos pacientes a respeito de suas doenças. Tomado como um dos aspectos que constituem o humano, debates envolvendo esta categoria eram cruciais para os pacientes que já se encontravam, na perspectiva da equipe, em uma situação adiantada do tratamento e que estavam em vias de sair da clínica. O trabalho enquanto realidade terapêutica era mobilizado, sobretudo, a partir das oficinas de terapia ocupacional, mas todo o contexto da clínica é organizado de forma a considerar o envolvimento com o emprego, o recebimento e administração de renda, como uma realidade pertencente ao humano e, neste sentido, objeto de discussão terapêutica. Como tudo o mais na clínica, o trabalho foi portando objeto de

debates e grupos de discussões e, nestas ocasiões, a grande questão que sempre despontava era a de estender a compreensão das relações saudáveis existentes dentro da clínica para os ambientes de trabalho. Neste sentido, discussões, descontentamentos, demissões, deveriam ser encarados de uma perspectiva compreensiva e, mais importante, proativa, isto é: tomando atitudes para mudar o ambiente vivido, esforçando-se para aperfeiçoar-se, buscando condições melhores de trabalho, entre outros. Um amparo crucial neste processo era o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singularizado, que continha os projetos que o paciente precisaria seguir para alcançar uma melhora na doença. Evidencia-se uma busca constata da clínica-dia, a partir destas práticas, uma busca de ampliar o processo terapêutico para a própria sociedade e os pertencimentos dos sujeitos.

#### **4.3. Religião, Religiões**

Conforme argumentei anteriormente, o espiritismo, enquanto prática religiosa, não se encontra mobilizado na clínica-dia, o que demandou no início da pesquisa uma reorganização dos objetivos. Não obstante a temática da religiosidade espírita não se encontra absolutamente distanciada da clínica, com se pode observar nas atividades descritas anteriormente, nem estão distantes as práticas religiosas de modo geral, pois elas são consideradas como relevantes inclusive para a entrada de muitos pacientes no ambiente de tratamento. Tendo a instituição um pertencimento com entidades espíritas reconhecido regionalmente, muitos pacientes ainda que afirmando não acreditarem na validade de um possível tratamento espírita ou argumentando não possuírem nenhum tipo de vinculação com esta denominação religiosa, dizem buscar esta instituição em particular precisamente por este pertencimento.

Situação exemplar, neste sentido, é a explicação de Marilene para sua entrada na clínica-dia. Senhora de aproximadamente 40 anos, testemunha de Jeová convicta, ela procura a clínica após vivenciar diversas crises ocasionadas pelo abandono do marido, nas quais também teria visto, ouvido e sentido a presença de espíritos em sua casa. Questionada sobre como poderia acreditar na presença de espíritos, dada sua oposição ferrenha a este tipo de explicações, e como acontecera de procurar a instituição onde estava Marilene explicava que a despeito de Jesus ser o único e verdadeiro rei, quando ele tomara posse do céu diversos espíritos malignos haviam sido rebaixados para a terra, o que demandaria agora um trabalho de pessoas encarregadas de expulsar novamente estes mesmos espíritos. Crente de que, em sua casa, havia um espírito maligno que ocasionava suas crises, por sugestão de sua ex-sogra ela busca a instituição – “na qual saberiam o que fazer”. Na prática, portanto, Marilene

discorda que haja qualquer influência da instituição no tratamento propriamente espiritual, mas acaba decidindo por aquele lugar da mesma forma. Na clínica-dia, ela foi diagnosticada como depressiva com eventos psicóticos e passou a medicar-se de acordo com o diagnóstico, a despeito disto, nunca deixou de explicar sua situação pessoal como originada pela influência de espíritos e/ou de atuar com orações e o que julgava um tratamento paralelo com o medicamentoso.

A posição de Marilene com relação ao tratamento era semelhante a de muitos outros pacientes que, ao mobilizar explicações religiosas buscavam se aproximar do tratamento medicamentoso a partir de uma leitura complementar. Muitos outros casos, ainda, apontavam a ideia de que experiências religiosas – as mais diversas – porém mal sucedidas estariam nas origens de trajetórias de doenças e que o tratamento implicava também em abandonar práticas que não eram consideradas sadias. Elencava-se neste rol de pertencimentos ou experiências indesejáveis sobretudo passagens por religiosidades afro-brasileiras, tais como o candomblé ou a umbanda, que eram reduzidas pela maioria ao medo de determinadas entidades tais como exus e pomba-giras, com os quais supostamente se teria tido contato anteriormente. Outros lembram que desde pequenos eram envolvidos com benzimentos, pequenos feitiços, curas espirituais, o que era trazido como uma espécie de “trajetória da doença”, tanto a partir de uma noção contagiosa com relação a este tipo de práticas quanto para demonstrar a longa existência de quadros patológicos. A saúde mental era tida como um fenômeno que nas mãos de religiosidades – na clínica lidas como inferiores por muitos profissionais e pacientes – poderia ser agravada ou produzida. Neste sentido as práticas espíritas que se mantiveram na instituição durante o período de campo, e as que puderam ser conhecidas, não somente tinham como característica a não vinculação direta a religiões institucionais, mas a percepção do fenômeno da religião basicamente como “religiões”, como religiosidade e, novamente, como uma “esfera do humano”. Ainda que o recorte kardecista seja evidente em distintas práticas neste campo de atividades, se buscava endereçar aos pacientes um discurso de padronização de suas experiências religiosas, tomando como referencia um conjunto de possibilidades de interpretação religiosa: campos energéticos, espíritos bons e maus, amor, caridade, respeito, solidariedade, boas ações, carma, entre outros. A ampla circulação deste tipo de termos e explicações permitia que elas pudessem ser acionadas sem que necessariamente fossem agrupadas junto a uma religião específica e que a leitura, portanto, não fosse a partir da chave da “religião”, mas da complexidade do fenômeno religioso, do “contato com o sagrado”, da pluralidade, entre tantos outros discursos, que são mais facilmente fruídos contemporaneamente.

Dentro das oficinas de antropologia, sempre que em algum momento a temática da religiosidade das pessoas era comentada ou proposta como temática, discussões e descontentamento acompanhavam as proposições, pois alguns dos pacientes acreditavam não ser aquele um ambiente para debater questões religiosas. Somava-se a isto o fato de muitos terem certeza absoluta de que haveria tentativa de convertê-los ou que os discursos de pessoas mais fervorosas da clínica seriam insuportáveis. O não discutir religião é uma manifestação, de minha perspectiva, não do não interesse pelo tema ou por não ver relevância neste tipo de assuntos, mas porque no fundo todos mantêm um conjunto de práticas religiosas que lhes são próprias e que, independentemente do discurso institucional ou da possibilidade de proselitismo dentro da clínica-dia, não serão abandonadas. Prova disto é o fato de que, a despeito de um discurso geral de “não falar sobre religião” ela sempre foi uma tema para a clínica-dia, como um todo, seus profissionais e agentes, e para os pacientes, dos quais muitos associam trajetórias espirituais com trajetórias terapêuticas. É importante frisar que, do ponto de vista das práticas em saúde mental oferecidas pela clínica-dia, a religião aparece como uma temática possível e necessária para o desenvolvimento do humano e, neste sentido, é totalmente aceitável que dela façam parte proposições de cunho religioso – embora não necessariamente institucional. Próximo ao fim do campo, em conversa com a então responsável pela clínica-dia, Ivete, questionei o que ela achava da relação entre a instituição (espírita) e os projetos terapêuticos da clínica-dia. Sua resposta foi a de que quando souberam da necessidade de adequar a instituição aos parâmetros da reforma psiquiátrica, tudo teria sido muito fácil, pois ambas as coisas – espiritismo e reforma – se mostravam como muito próximas e suas proposições concordavam em várias compreensões a respeito do ser humano. Mais do que isto, porém, ainda que o hospital tenham mantido práticas espíritas – tais como o passe, desobsessão, reuniões de estudo, entre outros – em diversos momentos da sua história, a reforma psiquiátrica se mostra como um caminho para tornar possível a transmissão do ideário espírita por entre os pacientes, o que já era um projeto antigo dos fundadores da instituição.

#### **4.4. Clínica-dia e discurso sobre o social**

Ao longo do texto em distintos momentos existe a indicação da existência de um discurso sobre o social e, mais especificamente, de uma utilização de um arcabouço teórico e interpretativo típico de Ciências Humanas no mundo da saúde mental. Como argumentou

Amarante (2007) os próprios conceitos de crise ou de processo são trazidos para dentro das práticas psiquiátricas contemporâneas a partir de uma interpretação de bibliografias do campo das Ciências Sociais (p.49), com expressividade para discussões da chamada Escola de Chicago. Esta reorientação epistemológica, mais do que exclusivamente prática, tem como características a utilização de noções como a de processo social, sociedade, multidisciplinaridade, complexidade social, diversidade cultural, relativismo cultural, saúde/doença entre várias outras, como chaves a partir das quais se contrapor ao modelo clássico de tratamento psiquiátrico. Paralelamente, o campo da saúde mental combina este panorama do social com as próprias práticas mais tradicionais, tais como a psiquiatria e a psicologia, o que funda conceitos como o de **atenção psicossocial** para caracterizar as práticas neste meio. Desta forma, ao mesmo tempo em que o campo da saúde mental pode ser entendido a partir de um olhar para sua abordagem de aspectos sociais no humano, também é possível observar, como apontaram outros autores, para a relevância que correntes como a psicanálise (Cardoso *apud* Birman, 1980) receberam neste contexto ou para a transformação da própria psiquiatria, sua organização diagnóstica e terminológica (Russo & Venancio, 2006).

Dois trabalhos se mostraram importantes ao longo desta pesquisa por elucidar perspectivas a partir das quais a reestruturação de serviços em saúde mental foram organizados e, por oferecerem compreensões sobre como a concepção de social se constrói na prática psiquiátrica. Num destes trabalhos, de Marina Cardoso (1999), cuja pesquisa foi realizada na primeira metade da década de 1980, o objeto principal são diagnósticos de doença mental em uma comunidade no interior do Vale do Jequitinhonha (MG). A compreensão do elevado número de diagnósticos de doenças mentais percebidos no local e da grande prescrição de medicamentos psicotrópicos pelos médicos passa, na argumentação da autora, por dois elementos: a transformação das políticas públicas em direção a um paradigma de atendimento comunitário, onde na atenção primária à saúde se encontrariam médicos capazes de também diagnosticar doenças de cunho psicológico e; a presença, no novo paradigma de atendimento, de uma colocação da esfera social como “fonte de tensões e conflitos geradores de distúrbios psíquicos” (p.39), recolocando padrões diagnósticos alinhados, como argumenta a autora, a uma “política de controle social” (p.40). Neste sentido, problemas de ordem psíquica estariam, por um lado, diretamente relacionados ao complexo urbano-industrial no qual contemporaneamente vivem os indivíduos e, por outro, demandariam uma abordagem que contemplasse estes fatores.

Neste sentido, na pesquisa da autora, os diagnósticos psiquiátricos abordavam condições de vida, crenças populares, a suposta ignorância do próprio meio, como elementos para a classificação médica, que assumia, portanto, generalizações e preconceitos de classe e sobre um conceito dado de “popular”, como aspectos consideráveis no processo diagnóstico (p. 101). Não somente sintomas “lidos de modo ignorante” se tornam o alvo, neste sentido, mas a própria ignorância, as sensações pessoais são tomadas como sintomas neuróticos, reinterpretando efetivamente as ações e discursos dos sujeitos atendidos. Aliada a uma discussão sobre a ideia de “nervoso” (cf. Duarte, 1986) a autora afirma, neste sentido, que muitas vezes as concepções populares sobre as doenças viriam a ser tomadas como categorias nosológicas (Cardoso, 1999, p. 108). Esta argumentação é muito importante, pois traz a tona uma característica atribuída ao saber psiquiátrico no período de seu surgimento, no século XVIII, qual fosse a consideração do meio como formulador e estruturador da personalidade e, conseqüentemente, definidor de doenças e transtornos mentais, conformando uma etiologia da doença que se fundamenta primordialmente na sociedade. Como consequência, como já foi apontado anteriormente, a criação de percepções diferenciais sobre ambientes de vida, pertencimentos de classe, entre outros. No caso de Cardoso (1999), neste sentido, a estrutura da personalidade, possibilitada pelo contexto rural – tomado como ignorante, não científico, popular – predisporia a população à doenças mentais, acessíveis somente ao raciocínio médico.

Um outro aspecto importante desta compreensão do social pode ser encontrado na argumentação de Venâncio (1993), já apresentada minimamente ao longo texto, segundo a qual a “nova psiquiatria”, como chamou a autora, se mostra como uma atualização da noção de pessoa moderna e individualizada. Ao retomar um padrão de compreensão dos transtornos mentais a partir da ideia de liberdade, as propostas de reforma psiquiátrica acabam retomando a mesma perspectiva pineliana de tentativa de entendimento da dimensão moral do indivíduo (Idem: p. 130). Na direção de uma oposição ao fisicalismo e à práticas consideradas desumanas, a nova psiquiatria passa a “elaborar um conhecimento e uma prática que procurava relacionar as dimensões interpessoal e intrapessoal do indivíduo, subjugando o interpessoal ao intrapessoal” (Idem). Nas práticas da clínica-dia, como exemplificam as práticas em grupo que adotam a fala como medida terapêutica, ou nas práticas de psicodrama e/ou de atividades artísticas, esta perspectiva sobre o intrapessoal é muito forte, pois espera-se do indivíduo que a participação em grupo ou o acionamento da “questão social” – entendida aqui como coletividade – fortaleça uma conformação íntima e pessoal das questões que ele julga problemáticas ou que motivam sua presença na clínica. Espera-se, neste sentido, que o

paciente desenvolva uma leitura muito particular sobre suas próprias práticas, mas no seio destas práticas grupais. Segundo Venâncio (1993), neste sentido, permanece a preeminência lógica do indivíduo e o social é submetido ao psicológico, ou a uma ideia de “coletivo de indivíduos”.

Nota-se, portanto, que existem duas concepções paralelas “do social” em movimento. Por um lado o social é tomado como epifenômeno da própria existência do ser humano, característica inegável de sua existência, que deve ser abordada como complementadora do aspecto biológico e, em função desta compreensão mesma, incorporada às práticas de saúde do novo modelo assistencial. Neste sentido, todas as práticas que são descritas por Cardoso (1999), ainda que flagrantemente normalizadoras e desrespeitando um padrão dado de práticas culturais – situações que a reforma psiquiátrica sempre se propôs a desmontar – foram assim tomadas, exatamente dentro de uma perspectiva das políticas públicas de saúde *sobre* o social. Esta é uma compreensão que, a rigor, eleva o social a uma posição de destaque no seio das práticas assistenciais, mas que efetivamente realiza pouca atividade crítica sobre ele, reduzindo-o ao lugar de *mais uma esfera do humano*, que na prática é submetida a atividade psiquiátrica. Esta versão *pseudo-social*, no entanto, é complementada pela prática psiquiátrica, que tem uma influência direta nas práticas sociais, compreendidas aqui num sentido bastante lato: padrões de comportamentos das pessoas, suas manifestações em sociedade, conceitos pessoais sobre as doenças, entre outros. Esta influência, fruto de práticas como as descritas por Cardoso (1999), no que diz respeito a desautorização de explicações pessoais da população sobre suas doenças, se dá de modo constante e, mais importante, não percebido como problemático ou como estando vinculado ao social pelo poder psiquiátrico, aparecendo portanto, como um *efeito colateral* da prática médica.

As pessoas que participam do atendimento da clínica buscam viver suas vidas fora deste espaço a partir do trabalho desenvolvido nas atividades com os terapeutas. Assume importância crucial, neste sentido, a prática institucional do Projeto Terapêutico Singularizado, no qual constam ações e posturas que os pacientes devem tomar – basicamente fora da clínica – para dar andamento ao tratamento. Tendo em vista o contexto no qual se deu a pesquisa, seja pensando na reforma psiquiátrica, seja pensando na conversa direta com os pacientes através das oficinas de antropologia, bem como as argumentações dos autores expostos até o momento, se torna importante questionar o que pode ser entendido pela busca do social no caso da clínica-dia. Esta necessidade de transformação em uma clínica-ampliada, sustentada pelo argumento de busca dos aspectos sociais é, neste sentido, uma das questões finais que gostaria de chamar atenção na clínica-dia com a qual pesquisei. A mobilização

destas questões é o grande marco que caracteriza o ambiente da clínica-dia e, conforme já foi apontado ao longo do texto ele é um discurso presente de maneira importante no tratamento em saúde mental que vem sendo praticado a partir da reforma psiquiátrica. O social que se encontra imbuído nas práticas da saúde mental contemporâneas, não este meramente acionado no discurso dos profissionais, mas as esferas sociais que efetivamente acabam sendo objetos de escrutínio médico neste processo, podem ser sintetizadas de maneira clara, na clínica-dia em que pesquisei, em torno de três grande temas: família, trabalho e religião. Além disto, estas áreas também representam os principais campos através dos quais os pacientes representam suas dificuldades pessoais e como explicam suas participações na clínica-dia.

É importante, assim, notar que existe uma aderência a problemas vistos como sociais a partir desta observação da clínica-dia, e uma canalização do tratamento empreendido para estes contextos, visando o que poderia ser considerado sua própria resolução, baseado na ideia nativa de **cura**. Esta abordagem vai além do álcool ou das drogas como problemas sociais, mas tratam da religiosidade, da espiritualidade, da crítica econômica, da crítica política, da homofobia, do feminismo, entre vários outros temas que são transversais no diálogo entre terapeutas e pacientes. Esta transversalidade é produto da forma como se encara neste contexto o que é ser um “indivíduo saudável” e o tipo de comprometimentos que este sujeito precisa apresentar na sociedade contemporânea. A tematização em torno da família, do trabalho e da religião, como núcleos principais a partir dos quais se organizam discursos dentro da clínica-dia ou que simbolizam os campos nos quais os pacientes parecem sentir maiores dificuldades também expressam de modo contundente a maneira com a qual a noção de pessoa moderna se apresenta. Como aspectos centrais desta noção, estes campos carregam consigo uma constante busca de adaptação e normalização, expectativa subjetiva e expectativa do próprio serviço de atendimento pesquisado. A ideia da clínica ampliada ou a ideia de rede, neste sentido, acabam efetuando um processo de apropriação de interpretações sociais mais amplas, atualizando-as dentro do discurso da saúde mental de desenvolvimento humano, complexidade, etc. No limite, portanto, trata-se novamente de um processo de medicalização de relações sociais e de padronização de comportamentos, baseados na compreensão do humano como complexo e como possuidor de distintas esferas.



## 5. À GUISA DE CONCLUSÃO

*“O SUS é o primário, a Clínica é o ginásio e o Hospital é a faculdade”.* (Alberto, paciente da clínica-dia).

Ao longo da dissertação apresentei algumas cenas que podem ajudar a caracterizar o momento contemporâneo no campo da saúde mental, a partir de trabalho etnográfico empreendido em uma clínica-dia. Gostaria de sugerir que um olhar sobre este conjunto de práticas deva considerar a abordagem conjunta de alguns fatores, dentre eles a associação contemporânea entre práticas de saúde mental e a busca de um holismo terapêutico; a relação entre saúde mental e a ideia de desenvolvimento pessoal; e a dimensão propriamente antropológica da noção de pessoa que perpassa todos estes processos. Ao longo do trabalho estas questões foram apontadas juntamente com a exposição da etnografia, onde se empreendeu a descrição de práticas da clínica-dia e onde se pode observar a produção cotidiana da identidade do “doente” e o intenso processo classificatório que está associado à nova maneira de se fazer “saúde mental”, a partir da reforma psiquiátrica e da abordagem psicossocial. Gostaria de oferecer, ainda, nesta última sessão, algumas considerações finais a propósito destas questões.

### 5.1. Sobre identidades e interações

Alberto, o autor da frase que abre a última sessão deste trabalho, encontra-se em tratamento psiquiátrico – seja junto a instituição pesquisada ou junto a outras instituições – há mais de duas décadas. Durante o período em que tive algum tipo de contato com a clínica-dia, por aproximadamente um ano e meio, contando o período de campo e negociações, ele somente não fez parte do atendimento prestado na instituição por um período de dois ou três meses. Por todo o resto deste período ele foi um frequentador assíduo da instituição, tendo inclusive passado por momentos de tratamento junto ao internamento integral. Considerado esquizofrênico, sua patologia é tida por muitos membros da equipe como inegavelmente vinculada a uma internação de maior período e propensa ao desenvolvimento de distintas etapas e inflexões ao longo da vida do paciente. A frase foi dita por ele durante o mês final de pesquisa de campo junto à instituição e algum tempo depois de Alberto ter saído e retornado ao hospital, após uma crise. Sua afirmativa encerra uma discussão interessante sobre o processo através do qual os pacientes se tornam membros da instituição e de como, mesmo após fazerem parte da clínica, acabam fazendo parte não de um processo de tratamento, mas

de um processo de pertencimento com o tratamento institucional e com uma noção mais geral de cuidado no campo da saúde mental.

Como apontei ao longo do trabalho, do ponto de vista da equipe profissional espera-se que os pacientes alcancem – a partir de um complexo conjunto de atividades – uma espécie de alto desenvolvimento ou de percepção de um caminho correto para seguir. Goffman (2010) afirma que em ambientes de tratamento psiquiátrico vigora um tipo de prática, que nomeia como “circuito”, que realiza uma espécie de “agência que cria uma resposta defensiva do internado e que, depois, aceita essa resposta como alvo para seu ataque seguinte” (p. 40). Em outras palavras, ao responder defensivamente – protegendo o seu eu – o paciente se torna alvo de outras sanções, que vão se basear nas próprias construções sobre sua identidade (doente, não apto para decidir por si próprio, não habilitado racionalmente). Na clínica, como em outros contextos institucionais de tratamento, não somente nas atividades tratadas como especificamente terapêuticas é que o projeto mais amplo de tratamento se manifesta, mas em todas as práticas e rotinas estabelecidas cotidianamente. Entendo que, ao possibilitar uma entrada para a intimidade dos pacientes, as atividades terapêuticas da clínica ajam como pretensas “preparadoras” para círculos onde o paciente será alvo de cobranças e de observação constante de outros pacientes e de profissionais. Mais do que “simular o convívio social”, o que parece ser a intenção tácita do *modelo clínica-dia*, a convivência é a possibilidade de se observar o comportamento do paciente exatamente naquilo que se coloca como mais central para o modelo mobilizado a partir da reforma psiquiátrica, isto é, nas relações, na sociabilidade, etc. A vida do paciente – quando fora das atividades – é, assim, a possibilidade (para o paciente) de manifestar o que se aprende nas oficinas específicas e, para os profissionais, de tratar os internos como **seres humanos como quaisquer outros**, mensurando a absorção da ideologia disseminada nas atividades. A convivência, pensando como Goffman (id.), faria parte de um circuito terapêutico no qual se pretende criar um ritmo constante de punição e observação do comportamento dos pacientes. Ao fazer parte da clínica o paciente está, além disto, totalmente sujeito a ter sua identidade pessoal, atacada constantemente por um tipo de comentário e ações – no caso da clínica-dia, não somente dos profissionais – que põe em evidencia, constantemente, os erros e atitudes que o fazem estar lá.

Flávia, de aproximadamente 50 anos, também considerada esquizofrênica e também com mais de vinte anos de vinculação a instituições psiquiátricas, respondeu certa vez a uma pergunta sobre seus “projetos pessoais” – tema recorrente na estrutura terapêutica da clínica-dia, que considera importante que todos tenham planos estruturados para quando sair da instituição, a fim de não incorrer novamente nos problemas que os teriam levado para lá – que

após sair da clínica-dia onde estava ela procuraria outra. E que saindo da outra, ela procuraria outra ainda. Nesta busca ela permaneceria indefinidamente, pois em função de sua aposentadoria e da não possibilidade de trabalhar ela não teria, segundo ela, como não estar vinculada a algum tratamento, o que além de mantê-la cuidando da saúde também a manteria *fazendo algo*, trabalhando. Considera-se, como no caso de Alberto, que longos períodos de tratamento somente conduziriam a longos processos de efetivo alheamento da realidade social, sobretudo para os esquizofrênicos, considerados como naturalmente desconectados da realidade e com um nível de contato com o cotidiano muito baixo. No entanto, na clínica-dia, a situação se repete igualmente com pacientes em tratamento em função de depressões ou transtornos sem perfis psicóticos. A depressão não é lida pela maioria dos pacientes como uma doença passageira ou que pode ser efetivamente curada em algum momento da vida, mas como um processo que tem altos e baixos e com relação ao qual se deve estar constantemente atento. Neste sentido, explicações que remontam a experiências antigas, quando muitos dos pacientes sequer pressupunham o desenvolvimento de quaisquer patologias, somente engrossam uma leitura da biografia pessoal a partir da chave da doença, o que torna a identidade de doente ou de depressivo um atributo manipulável no cotidiano. Estas *idas e vindas* fazem parte das trajetórias de um bom número de pacientes que frequentam a clínica com a qual manteve contato ao longo da pesquisa de campo e elas servem, também, como uma maneira de algumas vezes indicar **o quanto esta pessoa não tomou atitudes para que sua vida fosse melhor**. Este tipo de comentários não são provenientes exclusivamente da equipe, mas também dos próprios pacientes, que relacionam constantemente a saúde mental com **auto-cuidado, o desenvolvimento pessoal, a motivação, a busca solitária e absolutamente íntima por melhoras**, feitas direta e irredutivelmente pelo indivíduo.

Através de práticas como estas, do *circuito*, os profissionais aos poucos podem medir o quanto o tratamento é efetivo pois está implicada diretamente numa maneira de aos poucos corrigir o comportamento dos pacientes, sem que isto demande necessariamente um trabalho terapêutico. Ao mesmo tempo, todo o ambiente e os discursos lá produzidos, tem a pretensão de serem terapêuticos. Por este motivo, nas práticas destes ambientes, como sugeriu Goffman (Idem) se acredita que uma “atmosfera de tolerância estimule o paciente a projetar ou exprimir suas dificuldades típicas” (p.41), projetando-as a equipe recebe o benefício de ter mais detalhes sendo fornecidos cotidianamente para preencher a categoria na qual o indivíduo se encontra vinculado. É importante ressaltar, portanto, que sob a égide da humanização do tratamento, amparada na reforma psiquiátrica, mantém-se uma postura normalizadora e violenta dos saberes *psi*. Por este motivo, as oficinas de antropologia foram tão interessantes

em alguns momentos para a clínica, pois forneciam a possibilidade – ainda que nem sempre concretizada – de oferecer informações a equipe que nem sempre poderiam ser obtidas por meio do contato habitual. Este tipo de prática, que descreve na perspectiva de Goffman (2010) uma maneira de violar uma condição intrínseca do sujeito, sua condição de *eu*, é muito importante para a forma como os trabalhos se desenvolvem na clínica-dia pois estão diretamente relacionados com a proposta de flexibilização das práticas no contexto da saúde mental e com o desenvolvimento de paradigmas de tratamento orientados por noções como a de convívio, grupo e sociabilidade. Este tipo de práticas, seja como for, encerram uma compreensão muito comum entre pacientes e profissionais de que a clínica-dia, qual seja a de que ela é essencialmente um lugar de passagem, uma etapa em uma trajetória. Esta etapa, no entanto, ainda que ancorada fortemente no corpo discursivo da reforma psiquiátrica e na concepção própria do psicossocial, está longe de ser considerada a única alternativa dos pacientes e, neste sentido, além de uma etapa, ela também é *mais* uma etapa possível na busca por melhora da saúde mental. Esta característica do tratamento é expressa, por exemplo, nas idas e vindas recorrentes dos pacientes entre a ala integral da instituição e a ala-dia, evento que era geralmente acompanhado por uma ansiedade grande do indivíduo – que eventualmente *queria* este retorno – e pelo trabalho da equipe de profissionais da clínica – que tinha o domínio sobre o itinerário do sujeito.

Muitos dos pacientes com os quais tive contato na clínica-dia somam inúmeros anos ou décadas de tratamento junto a instituições psiquiátricas e, como sugere Alberto, como num processo de aprendizado, passam por distintos momentos: desde o SUS, um atendimento que poderia ser considerado mais “leve” para o tipo de público em atendimento na clínica em que pesquisei, uma vez que procurado em situações pontuais, emergenciais; passando pela clínica, que poderia representar uma preocupação maior com o processo de tratamento; até chegar ao internamento integral (“o hospital”), visto por muitos como o grande coroamento de trajetórias associadas com a saúde mental, e associado a uma “forma definitiva” de tratamento, como o afastamento completo da vida social, desejada por muitos dos pacientes. Diz-se, frequentemente: “já estive até no integral!”. Ainda que a trajetória de todos não possa ser conformada a esta estrutura biográfica, as distintas esferas as quais um sujeito em sofrimento psíquico pode ser vinculado são tomadas, no caso da clínica-dia, como pertencimentos, como aspectos que podem ser colados a identidade social de cada um, a fim de compor uma história. O ambiente pesquisado, neste sentido, não é simplesmente um local de tratamento, mas, uma “relação de tratamento”, referenciada por distintos saberes e práticas,

e onde se efetivam relações de poder entre distintas categorias de sujeitos e onde se atualizam práticas próprias da nossa sociedade.

As práticas que envolvem as terapêuticas da clínica tomam, como se pode observar no segundo capítulo, o corpo do sujeito como lugar essencial de ocorrência da cura e, neste sentido, como o lugar privilegiado para desenvolvimento de novos hábitos. O corpo se torna a evidência de que o sujeito incorporou práticas que vão conduzir ao desenvolvimento pessoal e à imagem de “auto-conhecimento” e “auto-cuidado”, e é o no corpo que se realiza o tai-chi, a yoga, o reiki, as práticas desportivas, e é essencialmente através do corpo – do uso da fala, dos gestos, da espontaneidade – que se cultivam as relações sociais, objetos cruciais na compreensão atual sobre saúde mental. Csordas (1990) afirma que o corpo deve ser tomado como a base existencial da cultura, como sujeito e não como objeto a ser estudado. As pessoas devem ser tomadas, de acordo com o autor, como as primeiras autoridades na objetificação de seus próprios corpos e o self, em consequência disso, como o produto deste processo de compreensão íntima e profunda de cada sujeito sobre si mesmo (p. 115). As manifestações fenomênicas – religiosas no caso de Csordas, de saúde no caso da clínica – são as provas de que esta auto-objetificação existe. Acredito que ao romper com este processo – a partir da imposição de uma “cultura da saúde mental” – a clínica rompe com um processo intrínseco aos sujeitos, com sua própria autoridade sobre seus corpos. O rompimento com esta autoridade, bem como com a autoridade de decidir a respeito de suas próprias trajetórias ou manipular suas histórias, situação impossibilitada pela própria prática psiquiátrica de definição do que é relevante ou não na vida de alguém (cf. Goffman, 2010), seguramente provocam uma nova leitura do sujeito sobre sua própria trajetória e sobre a sociedade envolvente, as relações e interações sociais. Não mais atuando da perspectiva de um agente – inconsciente do desenrolar de suas práticas – mas *informado* da suposta necessidade de adotar um ou outro comportamento.

Considero exemplar, neste sentido, a argumentação de Goffman (2008) com relação a distinção entre *identidade do eu* e *identidade pessoal* e que parecem corroborar o tipo de argumentação que tenho tentado desenvolver. Segundo ele três tipos essenciais de identidade se mostram importante na descrição de Goffman (id.) sobre o estigma: a identidade social, a identidade pessoal e a identidade do eu. Enquanto as duas primeiras estariam relacionadas com uma definição realizada a partir do contato com outras pessoas e tomando como referencia a interação da pessoa com outros agentes, a identidade do eu, seria a identidade propriamente “experimentada” (p. 116), vivenciada por este indivíduo em sua experiência indivisível de *eu*. À identidade pessoal e social se vinculam propriamente o fenômeno descrito

pelo autor como a manipulação do estigma na vida social, o trabalho de fato socialmente dinâmico de lidar com as expectativas sociais a respeito do estigma, bem como de ocultá-lo, acobertá-lo. Neste panorama o indivíduo cria “quadros de referência”, a partir dos quais sua informação pessoal pode ser controlada e manipulada. A identidade do eu, por outro lado, diz respeito a recepção do sujeito destas informações e se relaciona ao que “o sujeito **pode** experimentar”(p. 117) da identidade que lhe é atribuída. A consequência mais imediata da relação entre estes distintos níveis de apresentação da pessoa são as próprias questões que tenho apontado com relação ao processo de quebra da autoridade do sujeito e a necessidade de constantemente lidar com vários níveis de interpretação dos agentes e discurso que atuam sobre sua identidade. Segundo Goffman (2008), porém, ao lidar com distintos níveis de interpretação sobre sua própria identidade o indivíduo está sujeito a um tipo de “ambivalência” das próprias reações e percepções que aplica a si mesmo. Diz o autor:

Uma vez que em nossa sociedade o indivíduo estigmatizado adquire modelos de identidade que aplica a si mesmo a despeito da impossibilidade de se conformar a eles, é inevitável que sinta alguma ambivalência em relação a seu próprio eu (p.117).

Para ele estas questões estariam relacionadas aos próprios pertencimentos que a pessoa estabelece ao longo de sua trajetória, como por exemplo na escolha dos grupos aos quais pertencer, manipulando a visibilidade que seu estigma poderia acarretar. Fica claro, portanto, que um estigma – mesmo nos moldes de Goffman (2008) não é meramente a marca a partir da qual um sujeito pode passar a ser discriminado – mas um complexo sistema de relações que envolve a identidade do sujeito e o uso que dela se faz dentro da sociedade, e isto inclui, portanto, necessariamente o próprio sujeito estigmatizado. Dentro da clínica a noção de estigma é frequentemente utilizada como forma de explicar o porquê do sofrimento “fora da sociedade” e, em consequência, o porquê da busca por uma instituição de tratamento. Esta leitura é, ela própria uma forma de lidar com esta expectativa maior concernente à normalidade social e de adequar o estigma a um padrão psico-social – não psicossocial – de padrões de comportamento e de interação. Acredito, portanto, que a sensação de ambivalência vá além dos pertencimentos de grupo que cria esta pessoa, dizendo respeito à constante necessidade de adequar interpretações do eu a moldes que não estão dados explicitamente nas relações sociais cotidianas, mas que são *informados* por instâncias exteriores ao eu – o psicólogo, o psiquiatra, a medicina, as terapias – portanto fora do contexto padrão de socialização e aquisição de padrões de comportamento.

## 5.2. Sobre noção de pessoa e alternativas terapêuticas

Acredito que existam algumas dualidades perpassando as relações entre as práticas na clínica-dia – talvez no próprio campo da saúde mental – e o discurso advogado pela reforma psiquiátrica. De um lado assumo como práticas próprias de saúde deste campo o empreendimento em torno da medicalização das relações sociais – como foi apontado no tópico anterior e como está expresso na própria centralização das práticas da clínica em torno de formações sociais específicas (família, trabalho, religião). Tomando esta formulação essencial sobre a assistência psiquiátrica, ela se mostraria, a luz de trabalhos como o de Foucault (2010), como uma atualização dos mesmos processos históricos que caracterizariam este saber como normatizador. Por outro lado, existe, um contato, uma confraternização muito grande desta proposta de trabalho em saúde mental, com uma compreensão própria do contemporâneo sobre liberdade e autonomia. No nível das práticas cotidianas da clínica, esta aparente dualidade poderia ser expressa na formulação de um problema comum envolvendo a sexualidade/afetividade dos pacientes, que foi formulação corrente durante o campo. Ao mesmo tempo em que circula na clínica – tomada toda ela e todos os seus membros como membros de relações que exploram expectativas terapêuticas – um discurso que fala ao que sofre por **traição** para compreender os **papéis sociais** de homens e mulheres, para buscar estar novamente **íntegro e único para ser parceiro para outras pessoas**, também se escuta que é necessário **libertar-se, divertir-se, complexificar-se, autonomizar-se de relações matrimoniais, conquistar liberdade**. Não obstante, a busca do amor real, monogâmico, dentro de uma relação saudável, seria o destino, a busca, baseada ela também na própria qualidade da auto-interpretação e na auto-motivação do indivíduo. A própria maneira a partir da qual se aborda o problema da **personalidade** é, em si só, dual, tomando-a como referenciada em discursos aparentemente antagônicos. Ora ela é um problema de moralidade social e, portanto, do modo correto de se auto-referenciar no contexto de relações sociais, e ora ela é um problema de natureza biopsicológica, afetada diretamente pelos transtornos ocorrentes com o sujeito e, neste sentido, produto da fisicalidade imanente da condição de humano. Neste sentido, além de uma ênfase no corpo e, por consequência, no indivíduo em toda a sua irredutibilidade, existe também uma ênfase nas relações sociais e na pluralidade, no **social como terapêutico**. Compreender a ideia de uma noção de pessoa individualizada a partir da ênfase na pluralidade, bem como a relação entre a liberdade individual e o auto-comedimento, são questões importantes pois é a partir da construção destas dualidades na

prática da saúde mental que se pode ancorar o discurso do holismo e da pluralidade terapêutica.

O trabalho de Venâncio (1990), neste sentido, se coloca como crucial para esta discussão, pois a relação entre o saber psiquiátrico e a noção de pessoa moderna, discussão que empreende a autora, diz respeito ao próprio processo de fundação da psiquiatria, que se deu ancorado na consolidação da noção de pessoa de nossa sociedade, em meio ao surgimento da ideia de “moderno” que sustentou uma vastidão de práticas, que vão desde a abertura de ruas – visando a modernização – até ao surgimento de saberes especializados, como a obstetrícia ou a saúde pública. A autora sustenta, como apontei em outro momentos do texto, que exista uma indissociabilidade entre as práticas da psiquiatria – e, se pode dizer, do **campo da saúde mental** – e a forma como a pessoa é tomada na sociedade moderna, isto é, amparada na compreensão de valores como os de liberdade e de autonomia. Muitas das atividades descritas na dissertação da autora, além disto, são também descritas em minha pesquisa de campo, tais como as práticas profissionais amparadas em terapias como o teatro espontâneo, o psicodrama, as atividades “de fala” e a psicoterapia de grupo. A sugestão Venâncio (1990) é a de que, mesmo sob a égide da reforma, as práticas da “nova psiquiatria”, como chama, estariam ainda amparadas por leituras que caracterizam a noção de pessoa moderna, reinvocando questões que teriam se colocado em outros momentos da trajetória deste saber, tais como a liberdade e a igualdades. Por extensão, se deve dizer, a despeito do discurso de rompimento com práticas que desabonariam o sujeito, o campo da saúde mental, permaneceria dentro de um corpo de atividades que teriam como destino a normalização das práticas sociais e a normatização do sujeito, desta vez revestidas do discurso da psicologia e da noção crucial de psicossocial.

Existe, no entanto, uma não tão sutil passagem da ideia de multiplicidade de discursos, que caracteriza de modo muito importante meu campo e os debates da reforma psiquiátrica, para a multiplicidade de terapêuticas e, neste sentido, uma abordagem da terapia (antes exclusivamente lida pela chave “psicologia”) a partir de associações com concepções como a de sagrado, de energias, do corpo, do místico, do espiritual, etc. É muito comum na clínica, neste sentido, que o processo de melhora ou o alcance da alta, seja associado com a adoção de práticas sociais – entendidas aqui como públicas e notórias – que evidenciam a **completa melhora, o completo aprendizado**, a exibição de um potencial para a realização de várias atividades ao mesmo tempo, e com a demonstração de uma **desimportância** com a vida, sustentada em discursos como “agora eu só vou pensar em mim” ou “parei de me preocupar com os outros”. A adoção destas práticas é eventualmente acompanhada por uma



institucionalização religiosa do indivíduo, que associa então a melhora com o encontro de novas perspectivas em alguma denominação, ou então – na grande maioria dos casos – com uma demonstração não institucionalizada de um novo patamar de percepção ou de desenvolvimento pessoal, alcançado a partir da clínica-dia. Ao sair da clínica-dia, neste sentido, muitos tem a certeza de que são sujeitos únicos e dotados de uma percepção acurada e potencializada do mundo e das relações, o que os confere um nível de desenvolvimento pessoal maior e, em consequência, um trunfo com relação à doença.

Por pressão da própria estrutura a partir da qual se organiza a “saúde mental” no momento contemporâneo, outros saberes passam, portanto, a atuar sobre o doente mental e ele deixa de ser um caso psiquiátrico para ser um caso potencial de uma infinidade de outras interpretações possíveis, processo que pode ser vinculado, entre outros, ao surgimento de um campo de prática curativas alternativas em distintos grupos da sociedade.<sup>71</sup> Neste aspecto em particular, determinadas interpretações e explicações sobre o campo religioso brasileiro, parecem ser importantes, pois apontam, como no caso de Maluf (2005), uma relação entre práticas curativas e práticas religiosas acontecendo simultaneamente à busca de desenvolvimento humano – tomado como um processo longo e condicionado à distintas esferas, sejam interiores ou exteriores ao sujeito. Como acontece na pesquisa da autora, entre os pacientes da clínica-dia a noção de pessoa não é exclusivamente uma questão antropológica a ser pesquisada e – como se tem argumentado – um traço marcante dos empreendimentos terapêuticos empreendidos na instituição. Mas, um projeto pessoal de cada paciente, que busca uma renovação de sua própria concepção de eu a partir do tratamento psiquiátrico, enxergando no tratamento também uma possibilidade de auto-conhecimento e de transformação pessoal. Um outro ponto crucial da argumentação da autora (MALUF, 2005: 05-06) é o de que, como acontece com a maioria das culturas da *nova era*, a noção de pessoa é compreendida como um eterno movimento, como uma substância não acabada, sujeita a transformação, residindo neste aspecto, segundo ela, um dos sentidos mais comuns das práticas espirituais e terapêuticas do contexto contemporâneo.

A centralidade do corpo (Maluf, 2002); a busca por terapias como Tai-chi ou Yoga (Lau, 2000); a mobilização da fala; entre tantos outros aspectos, também apontam para a relação intrínseca destes investimentos terapêuticos com a percepção contemporânea do processo saúde-doença em algumas camadas e são discursos que aparecem, no caso da clínica-dia, colados às práticas que passam a assumir os sujeitos em tratamento. Muitos dos

---

<sup>71</sup> Para maiores discussões sobre o processo histórico-sociológico de constituição de um campo de medicina alternativa no Brasil, bem como dos condicionantes deste processo, ver Madel (2005).

pacientes, após saírem de seus tratamentos afirmam ter encontrado a cura completa ou, pelo menos, a **compreensão** dos seus erros ao acessarem práticas como o contato mais íntimo com a natureza; a participação de cultos religiosos espiritualistas; a prática de Yoga; e, em geral, como costumam dizer, retornar para uma busca do sentido do eu, da essência, da preocupação com a vida espiritual. A referencia a espiritualidade, ao espírito, como acontece na pesquisa de Maluf (2005) acaba sendo uma forma de nomear a interioridade mesma de todo sujeito, a essência individual – produto íntimo e irrefutável de toda pessoa – e sem qualquer menção à práticas institucionais. O desenvolvimento de uma espiritualidade curativa, neste sentido, não é sempre produto de um agenciamento completo com instituições religiosas, mas da renovação da própria perspectiva de religiosidade, que, para o contexto pesquisado, é bastante trabalhada a partir da ideia de sociabilidade. Comentando sobre a pessoa nas práticas religiosas de nova era, Maluf (2005) afirma que embora se busque a centralização constante da “pessoa”, sempre se busca a qualidade da “pluralidade” como complementar ao processo de desenvolvimento pessoal. Embora único, portanto, “o sujeito é também plural: representa diferentes papéis e expressa diferentes desejos” e esta flexibilidade é representativa do próprio desenvolvimento do sujeito (p. 10).

À luz desta compreensão holística da saúde mental, que retoma em tantas vertentes uma compreensão de fenômenos religiosos, que mobiliza distintas explicações, e a despeito da reiterada psiquiatrização de todas estas esferas; para uma análise deste processo e deste contexto, acaba se tornando mais importante uma abordagem não da psiquiatria e de seu saber consolidado historicamente, mas do campo da saúde atual e de suas conexões estreitas com novas alternativas terapêuticas. Além disto, parece crucial que embora a noção de pessoa como indivíduo seja uma etapa importante da formação do saber psiquiátrico e do saber típico da reforma psiquiátrica, ele também é reelaborado e reinterpretado no seio das práticas atuais no *campo da saúde mental*.

### **5.3. Sobre indivíduos e ações: críticas possíveis e considerações finais**

Uma das críticas que pode ser feita a forma como tenho proposto pensar o fenômeno do tratamento de sujeitos em sofrimento psíquico diz respeito a discussão de Pierre Bourdieu (2000) a propósito da lógica da ação prática ou da “teoria da prática”. Existe uma relação bastante importante entre o tipo de discussão que propõe Goffman e a perspectiva interacionista ou etnometodológica de apreensão dos fenômenos sociais e a discussão de Bourdieu sobre a ação prática dos sujeitos. Por um lado, existe em ambos os autores a

necessidade de tomar a ação prática a partir de um outro patamar epistemológico: não necessariamente fora do indivíduo, mas não totalmente interior a ele. Em ambos os casos o que se propõe é um retorno as práticas reais das pessoas, na expectativa de abandonar a mera consideração de processos de longa escala como orientadores de ações, ou ainda, da parte de Bourdieu, criticar a existência de um estruturalismo reducionista das experiências individuais a epifenômenos de uma estrutura (2011: 10). Com relação a Escola de Chicago, pensando especificamente no tipo de discussão feita por Goffman e expostas ao longo deste texto, ou no trabalho de Garfinkel (1967), não existe um pronunciamento teórico mais consistente com relação a outras escolas sociológicas, mas fica evidente, como foi sugerido por ele, que a etnometodologia teria como trabalho crucial o estudo de *atividades práticas, circunstâncias práticas, raciocínio sociológico prático*, em suma, observar o desenvolvimento de decisões práticas da vida das pessoas como “contingent ongoing accomplishments of organized artful practices of everyday life” (1967: 11). Na tentativa de fazer estas racionalizações aparecerem no caso da clínica-dia, o texto foi organizado de modo a contemplar as ligações entre as práticas do local pesquisado, as falas dos pacientes, as ações tomadas por pacientes e suas consequências práticas com relação à suas categorias internas e as suas considerações identitárias. Uma questão final, no entanto, que merece ser pensada em trabalhos futuros e que representa também um aspecto da pesquisa com este campo diz respeito ao lugar do indivíduo neste imbricado conjunto de símbolos e práticas. A crítica possível, assim, a partir da lógica da reflexão de Pierre Bourdieu, seria exatamente a ausência de uma consideração mais ampla destas ações tomadas pelos indivíduos e o esquecimento aparente, por parte da etnometodologia, dos contextos de formação das ideias, das relações entre os campos mais do que entre os indivíduos.

O interacionismo e a etnometodologia, na perspectiva de Bourdieu (2000), corresponderiam a uma modalidade de conhecimento do mundo considerada pelo autor como *fenomenológica*, pois centra suas discussões nas experiências possíveis *no* mundo social. Nesta modalidade de conhecimento do mundo social estariam ausentes, o que o autor considera como “questões que tornam possível” este mesmo mundo, isto é a interrogação e a crítica sobre as condições que possibilitam a existência dos fenômenos sociais (Id., p. 145). O interacionismo, na perspectiva do autor, “reduz as relações entre posições nas estruturas objetivas a relações intersubjetivas (...), excluindo assim tacitamente tudo o que devem a essas estruturas as interações e as representações que os agentes delas podem ter (...)” (Id., p. 148). Da mesma forma, a etnometodologia concederia um poder exacerbado as práticas e a linguagem comuns, cotidianas, transformando a “ciência da sociedade”, conforme o autor, em

um “registro do dado como se dá, ou seja, da ordem estabelecida” (Ibidem). As práticas dos agentes não devem ser consideradas como mera “execução da estrutura” (p. 155), mas como expressões de uma teoria orientada e referenciada mutuamente na estrutura e nas ações dos sujeitos, portanto, sem pressupor sistemas de relações objetivas fora do sujeito, mas buscando compreender o modo de geração destas práticas.

Dito isto, é crucial apontar que as práticas no contexto pesquisado são, portanto, orientadas por discursos que apontam mutuamente para a noção de pessoa moderna que, por sua vez, organiza o modelo de tratamento proposto pela reforma psiquiátrica. Estes comportamentos, longe de poderem ser percebidos como homogêneos ou regularmente referenciados em um padrão social, são na verdade a expressão da própria “teoria nativa do sujeito” que vigora em nossa sociedade e que hipostasia a complexidade e o discurso como organizadores da experiência existencial do indivíduo. A prática no campo da saúde mental, considerando exclusivamente a prática médica, neste sentido, poderia ser considerada como um resultado da relação dialética – como sugere Bourdieu (2002. p. 167) – entre o sistema de disposições duradouras introjetadas pelo indivíduo a partir da vida social e a situação social propriamente dita. Isto é, um resultado do encontro entre o ambiente mais amplo da prática médica, com toda a sua riqueza de representações e discursos, com o contexto específico de trabalho atual na saúde mental, orientado por políticas públicas e pelo discurso de reforma psiquiátrica.

Considerada a reflexão a partir de Bourdieu (2002) ou um olhar para a ideia de identidade e manipulação cotidiana que tem sido apontada no texto, considero como aspecto mais importante a ser retirado desta dissertação o aprendizado em torno das práticas e representações que circulam no contexto da saúde mental no momento contemporâneo. A relação entre indivíduo e sociedade, não totalmente refletida nesta dissertação, mas constantemente apontada na literatura, pode ser uma das questões que suscitem a investigação futura uma vez considerado o contexto da saúde mental. Seja como for, parece impossível preterir do fato – qualquer o caminho teórico escolhido – de que no campo de investigação sobre a loucura, e especialmente nas instituições atuais para tratamento de saúde mental, como exemplifica a clínica-dia, existem práticas subjetivas, identidades e saberes sendo constantemente mobilizados e reagrupados sob a égide de um único saber homogeneizante e pretensamente universal, que é o das práticas do campo *psi* – complexificadas de distintas maneiras, como se pode observar no texto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BATESON, Gregory (*et al.*). Toward a theory of schizophrenia. **Behavioral science**, 1:4, 1956 (251-264).

BAZTÁN, Ángel A. Antropología de la depresión. **Revista mal-estar e subjetividade**. v. VIII, n. 03., 2008 (563-601).

BONET, Octavio. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BOURDIEU, Pierre. **Esboço de uma teoria da Prática, precedido de três estudos de etnologia cabila**. Oeiras, PT, Celta Editora: 2002.

BRASIL. Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/12\\_Lei\\_10216.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/12_Lei_10216.pdf).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clínica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clínica_ampliada_compartilhada.pdf)

CARDOSO, Marina. **Médicos e Clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade**. São Carlos: EdUFSCAR, 1999.

\_\_\_\_\_. Psiquiatria e antropologia: notas sobre um debate inconcluso. **Ilha. Revista de Antropologia**. v.4, n.1, julho de 2002. (85-113).

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CSORDAS, Thomas. **Corpo/Significado/Cura**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008.

CUNHA, Maria C. Pereira. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DUARTE, Luiz Fenrnando. D.; LEAL, Ondina F. (Orgs.) **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998,

ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2008, PP. 323-361.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

Goldman, Marcio. 2003. Os Tambores dos Mortos e os Tambores dos Vivos. Etnografia, Antropologia e Política em Ilhéus, Bahia. **Revista de Antropologia** 46 (2): 445-476.

GARFINKEL, Harold. **Studies in Ethnometodology**. Maldem, MA, Polity Press: 1984.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

\_\_\_\_\_. GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

\_\_\_\_\_. **Ritual de Interação**: ensaios sobre o comportamento face a face. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

\_\_\_\_\_. **A representação do Eu na Vida Cotidiana**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011.

KLEINMAN, Arthur. **Rethinking psychiatry**: from cultural category to personal experience. New York: The Free Press, 1991.

LANA, Lígia Campos de C.; Gregory Bateson e o processo comunicativo. **Em questão**. Porto Alegre, v.14, n.2, p.235-245, 2008.

LAU, Kimberly J. **New Age capitalism**: making money east of eden. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2000.

LUZ, Madel T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 145-176, 2005.

MALUF, S.W. Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas. **Esboços**. v. 9, p.87-101, 2002.

\_\_\_\_\_. Criação de si e reinvenção do mundo: pessoa e cosmologia nas novas culturas espirituais no sul do Brasil. **Antropologia em primeira mão**. v. 81, p. 4-34, 2005.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MARIOTTI, Milton Carlos. Arte e saúde mental. In: RASIA, José Miguel & GIORDANI, Rubia C. F. (Orgs). **Olhares e questões sobre a saúde, a doença e a morte**. Curitiba, Editora UFPR. 2007, pag. 207-219.

MONNERAT, Sílvia. **Trajetórias, acusações e sociabilidade: uma etnografia em um centro de convivência para pacientes psiquiátricos**. 99 fls. (Dissertação) Mestrado em Antropologia Social – Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

RUESCH, Jurgen & BATESON, Gregory. **Communication, the social matrix of psychiatry**. New York, W.W. Norton & Company Inc.: 1951.

STOLL, Sandra J. Religião, Ciência ou Auto-ajuda? Trajetos do espiritismo no Brasil. **Revista de Antropologia**. São Paulo, v. 45 (2): 361-402, 2002.

TAVARES, Fátima. **Alquimistas da Cura: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos**. Salvador: EdUFBA, 2012.

VELHO, Gilberto. **Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

VENÂNCIO, Ana Teresa A., Sobre a “nova psiquiatria” no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social (Museu Nacional). 1990

\_\_\_\_\_. A construção social da Pessoa e a Psiquiatria: do Alienismo à “Nova psiquiatria”. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**. Vol.3 Numero 2, 1993.

\_\_\_\_\_. O Eu dividido moderno: uma análise antropológica da categoria *esquizofrenia*. **Tese de Doutorado**. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (Museu Nacional). 1998.

WADI, Yonissa Marmitt. Experiências de Vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923). **História Unisinos**. São Leopoldo, v. 10, n, 01, pp. 65-79, jan./abr. 2006.

\_\_\_\_\_. “Entre muros”: os loucos contam o hospício. **Topoi**, v. 12, n. 22, p. 250-269, jan.-jun., 2011.

ZALUAR, Alba. **A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza**. São Paulo: Brasiliense, 2000.